



Medizinische Abklärung

Für die Teilnahme am DAKTARI Coachwork-Training
Im Wild- und Naturschutzreservat DAKTARI in Namibia

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

die untenstehende Person hat sich für die Teilnahme am Daktari Coachwork-Training in Namibia angemeldet. Dies ist ein psychologisch und sozialpädagogisch geführtes, und strukturiertes Aufbau-Training für Menschen in Entwicklungskrisen und/oder mit Suchtproblematik nach den Hilfen zur Erziehung. Während des Aufenthaltes helfen die Teilnehmenden u.a. dabei, ein Wild- und Naturschutzreservat aufzubauen, sich bei auswärtigen, sozialen Projekten zu engagieren, verwaiste Wildtiere aufzuziehen und wieder auszuwildern und Haustiere zu betreuen.

Die Aufnahmevoraussetzung ist u.a. die medizinische Abklärung der Teilnehmenden. Wir bitten Sie deshalb zu prüfen, ob dem jungen Menschen aus medizinischer Sicht ein Aufenthalt in Namibia zugemutet werden kann.

Wir bitten Sie, die folgenden Untersuchungen durchzuführen und die Resultate im Einverständnis des:der Patient:in unserem Projektleiter in Europa zuzustellen:

Leon Diekgerdes, leon.diekgerdes@daktari-reha.com, +49 151 202 77 050

Aus organisatorischen Gründen sind wir auf eine schnelle Rücksendung der medizinischen Unterlagen angewiesen.

Wir danken für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen,

DAKTARI Coachwork-Training
Projektleitung Namibia

Medizinische Abklärung

Medizinische Abklärung für _____

Geboren am _____ / _____ / _____

1. Klinische Untersuchung

Lungenauskultation normal pathologisch; Befund _____

Herzauskultation normal pathologisch; Befund _____

Visusprüfung normal pathologisch; uncorr. li _____ re _____

corr. li _____ re _____

Gehörprüfung normal pathologisch; Befund _____

Hautorgane unauffällig relevante, pathologisch Befunde _____

Zahnstatus saniert relevante Karies _____

2. Laboruntersuchungen (bitte Normalwerte in Klammern angeben)

GOT _____ **GPT.** _____ (Ausschluss einer akuten Hepatitis/chronisch aktiven Hepatitis)

Urinstatus Leuc _____ pH _____ Eiweiss _____ Glucose _____

Keton _____ Urobilinogen _____ Blut _____ Haemo _____

HIV-Test negativ positiv (aktueller Test; obligatorisch für die Einreise)

3. Impfungen

Polio Datum _____ (nicht älter als 5 Jahre)

Tetanus Datum _____ (nicht älter als 5 Jahre)

Hepatitis A Datum _____ (empfohlen)

4. Allergien (Asthma, Hautausschläge, Tierhaar-Allergie etc.)

Medizinische Abklärung

5. Bemerkungen, weitere Befunde:

6. Gesamtbeurteilung; Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung

Ist der/die Patient/in aus Ihrer heutigen Sicht in der Lage ohne absehbare medizinische Probleme den 12 monatigen Aufenthalt im Wild- und Naturschutzreservat „DAKTARI“ in Namibia zu verbringen?

Ja Nein

Bemerkungen / Einschränkungen

Adresse und Unterschrift der/des Ärztin/Arztes:

(Die Kosten dieser Unterstützung gehen zu Lasten des Patienten/der Patientin)

Name

Straße Hausnr.

PLZ Stadt

7. Entbindung von der Schweigepflicht

Der/die Patient/in (bei Minderjährigen der/die gesetzliche Vertreter/in) entbinden mit Ihrer Unterschrift den/die Arzt/Ärztin von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Projektteam-Team des DAKTARI-Reha-Programmes.

Ort/Datum

Name in Druckschrift

Unterschrift Teilnehmer:in _____