



INTAKEFORMULIER REIZIGERSADVISING

Voor een goed advies is het belangrijk deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen.

Persoonsgegevens

Naam en Voorletters: M / V *
Meisjesnaam :
Adres:
Postcode / Woonplaats:
Telefoonnummer: Werk:
Geboortedatum: Geboorteland:

Reisgegevens

Vertrekdatum: Totale verblijf in dagen:

Vul in welk(e) land(en) en gebieden u achtereenvolgens bezoekt en geef per gebied / regio de verblijfsduur aan.

Land	Gebied / regio	Verblijfsdata	Aantal dagen
1:	Van: Tot:
2:	Van: Tot:
3:	Van: Tot:
4:	Van: Tot:

U reist: alleen / met partner / kinderen / kennissen *
Reden reis: vakantie / familiebezoek / tijdelijke vestiging *
Werk als: Stage als:

Heeft u als eens eerder een verre reis gemaakt?

- Ja, voor het laatst in: (jaartal vermelden)
Naar welk(e) land(en):
- Nee

Heeft u toen problemen met betrekking tot uw gezondheid ondervonden?

- Ja, aard.
- Nee

Hoe omschrijft u uw reis:

- Volledig georganiseerd
 Alleen vervoer en verblijf is georganiseerd
 Alleen vervoer is georganiseerd
 Alles zelf geregeld

Verblijfsomstandigheden:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hotel / Pension | <input type="checkbox"/> Bij lokale bevolking |
| <input type="checkbox"/> Guesthouse | <input type="checkbox"/> Bij kennissen / familie |
| <input type="checkbox"/> Camping | <input type="checkbox"/> Boot |
| <input type="checkbox"/> Appartement | <input type="checkbox"/> Nog niet bekend |

Vaccinatiegegevens uit het verleden

Bent u in het verleden gevaccineerd?

- Nee
- Onbekend
- Ja, tegen: jaartal laatste vaccinatie (zie vaccinatieboekje)
- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> DTP | |
| <input type="checkbox"/> Buiktyfus | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A (vaccin) | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | |
| <input type="checkbox"/> Overige | |

(*doorhalen wat niet van toepassing is)

Complicaties ten gevolge van deze vaccinaties? Ja / Nee*, indien ja welke.....
 Heeft u een vaccinatieboekje? Ja / Nee*, indien ja graag meenemen
 Heeft u eerder malariapillen gebruikt? Ja / Nee*, indien ja: Paludrine / Nivaquine / Lariam*

Medische gegevens

Lijdt u aan een ernstige ziekte? Ja / Nee*, indien ja welke.....
 Heeft u in het verleden geelzucht gehad? Ja / nee*
 Wordt u behandeld voor:
 Psychische problemen Ja / Nee*
 Suikerziekte Ja / Nee*
 Epilepsie Ja / Nee*
 Hartziekten Ja / Nee*
 Hepatitis Ja / Nee*
 Longziekte Ja / Nee*
 Maag-/darmklachten Ja / Nee*
 Nierziekte Ja / Nee*
 Psoriasis Ja / Nee*
 Stollingsstoornissen Ja / Nee*
 Is uw milt verwijderd? Ja / Nee*
 Gebruikt u de pil? Ja / Nee*
 Bent u zwanger of is er een zwangerschapswens? Ja / Nee*
 Geeft u borstvoeding? Ja / Nee*
 Bent u overgevoelig voor kippe-eiwit? Ja / Nee*
 Bent u overgevoelig voor bepaalde geneesmiddelen? Ja / Nee*, indien ja welke

Medicijngebruik, welke geneesmiddelen gebruikt u?

- Prednison
- Immunosuppressiva (remt werking afweersysteem)
- Hart
- Maag / darm
- Anti-stolling
- Antibiotica
- Slaapmiddelen
- Overige

Wie is uw huisarts:

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Handtekening:

datum:

.....

(*doorhalen wat niet van toepassing is)