

## REISANAMNESEFORMULIER

Om u optimaal te kunnen adviseren is het van belang dat u deze vragenlijst zo volledig mogelijk invult. Neem indien mogelijk uw vaccinatieboekje en reisprogramma mee.

Gebruik dit formulier nooit voor meerdere reizigers tegelijk, maar vul per persoon één formulier in.

Naam: dhr/mw		Voorletters:	Geboortedatum:	
Geboorteland:		Datum van immigratie (indien niet geboren in Nederland):		
Straat + huisnummer:		Postcode + plaats:		
Telefoonnummer:		Gewicht:	Beroep:	
Reden van reis:	<input type="checkbox"/> vakantie <input type="checkbox"/> vestiging	<input type="checkbox"/> werk: ..... <input type="checkbox"/> stage:.....	<input type="checkbox"/> familie/vrienden bezoek <input type="checkbox"/> anders:.....	
Accommodatie:	<input type="checkbox"/> hotel / pension <input type="checkbox"/> bij lokale bevolking	<input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> bij familie/vrienden	<input type="checkbox"/> camping/tent <input type="checkbox"/> schip	<input type="checkbox"/> guesthouse/lodge/hut <input type="checkbox"/> anders
Risicovolle activiteiten tijdens de reis	<input type="checkbox"/> verblijf >2500 m hoogte <input type="checkbox"/> seks, tatoeage, piercing	<input type="checkbox"/> omgang met dieren <input type="checkbox"/> medische handelingen	<input type="checkbox"/> (water)sport :..... <input type="checkbox"/> anders:.....	
Reisgezelschap:	<input type="checkbox"/> geen (individuele reis) <input type="checkbox"/> anders:.....	<input type="checkbox"/> partner/gezin	<input type="checkbox"/> familie/vrienden	<input type="checkbox"/> groep

Bestemming (land)	Gebied / regio / plaatsnamen	Reisdata	Aantal dagen
1			
2			
3			

Medische gegevens	Ja	Nee	Toelichting:
Bent u onder behandeling of controle van een arts?			Naam en reden: Is deze op de hoogte van uw reis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Lijdt u aan een (chronische) ziekte?			<input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> hart- of vaatziekte <input type="checkbox"/> stollingsstoornis <input type="checkbox"/> kanker <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> nierziekte <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> maagdarmsziekte <input type="checkbox"/> anders: .....
Gebruikt u medicijnen of de (anticonceptie) pil			Welke?
Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of ander psychisch probleem gehad?			<input type="checkbox"/> depressie <input type="checkbox"/> psychose <input type="checkbox"/> angststoornis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verslaving <input type="checkbox"/> anders:
Bent u ergens allergisch voor?			<input type="checkbox"/> kippeneieren/-eiwit <input type="checkbox"/> medicijnen <input type="checkbox"/> bijen- wespengif <input type="checkbox"/> anders:
Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed?			Reden:
Heeft u een pacemaker of vaatprothese?			<input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> kunstklep <input type="checkbox"/> stent <input type="checkbox"/> anders:
Bent u ooit geopereerd?			
Wordt u bestraald, krijgt u een chemokuur, of heeft u één van beide ooit ondergaan?			Datum en reden:
Bent u zwanger of van plan dit binnenkort te worden?			Aantal weken zwanger:
Geeft u borstvoeding?			
Heeft u geelzucht gehad of zijn er ooit antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald?			
Bent u ooit gevaccineerd?			<input type="checkbox"/> als kind <input type="checkbox"/> in militaire dienst <input type="checkbox"/> ivm reis <input type="checkbox"/> anders: <span style="float: right;">Vaccinaties(s) + datum:</span>
Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van vaccinaties, bloedafname of malariatabletten?			Welk vaccin / welke malariatabletten? Welke bijwerking: <input type="checkbox"/> flauwvallen <input type="checkbox"/> koorts <input type="checkbox"/> huiduitslag <input type="checkbox"/> anders
Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad?			Aard problemen:
Draagt u contactlenzen?			<input type="checkbox"/> hard <input type="checkbox"/> zacht
Zijn er nog andere zaken die u besproken wilt hebben?			Welke?

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:

Handtekening:

Paraaf reizigersadviseur: