

## INTAKE-FORMULIER REIZIGER

Vul voor een optimaal advies dit formulier zo volledig mogelijk in. Zet alleen een vinkje indien van toepassing.

Naam:..... Voorletters:..... M/V Geboortedatum: ...../...../.....  
Geboorteland/opgegroeid in:..... In Nederland sinds: ...../...../.....  
Adres:..... Postcode:..... Woonplaats:.....  
E-mail:..... Telefoon:..... BSN:.....  
Beroep..... Gewicht:.....kg Vertrekdatum reis:...../...../.....

Land van bestemming:	Gebied/plaats:	Duur:	Land van bestemming:	Gebied/plaats:	Duur:
1.			3.		
2.			4.		

- Reden reis:
- vakantie
  - bezoek familie/kennissen
  - migratie
  - werk/stage, als:
- Reisgezelschap:
- individueel
  - partner/gezin
  - Anders:
- Accommodatie:
- hotel
  - appartement
  - camping
  - schip
  - familie/kennissen
  - lokale bevolking
- Activiteiten:
- verblijf op hoogte (>2500m)
  - omgang dieren
  - medisch handelen
  - :

- 
- Bent u eerder gevaccineerd?
- nee
  - ja
  - als kind
  - in militaire dienst
  - i.v.m. reis
  - weet niet

- Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie?
- ja: .....
- nee

- Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten?
- nee
  - ja

- Bent u ergens allergisch voor?
- nee
  - ja
  - kippenei(-eiwit)
  - medicijnen:.....
-

Bent u onder behandeling of controle van een arts?

nee

ja

Reden:.....

Arts:.....

Heeft u één van de volgende ziektes (gehad)?

nee

ja , klik hieronder aan welke ziekte(s)

suikerziekte

maagdarmsziekte

leverziekte

nierziekte

hart- of vaatziekte

epilepsie

stollingsziekte

afweerstoornis

hiv/aids

miltziekte

thymusziekte

kanker

psoriasis

Anders:.....

Heeft u ooit hepatitis A f B (geelzucht) gehad?

nee

ja

Hepatitis A

Hepatitis B

geel zien

antistoffentest

Heeft u nu of vroeger psychische problemen (gehad)?

nee

ja

depressie

angststoornis

psychose

anders:.....

Gebruikt u medicijnen en/of de (anticonceptie)pil?

nee

ja

maagzuurremmer

antibioticum

hivremmer (ook middelen niet voorgeschreven door een arts)

afweerremmer

antistolling

anticonceptie

Anders:.....

Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad?

- nee
- ja, .....

Bent u ooit geopereerd?

- nee
- ja
- maag
- darm
- milt
- anders:.....

Heeft u een vaatprothese of kartkleprothese

- nee
- ja
- vaatprothese
- hartkleprothese

Bent u zwanger?

- nee
- ja, aantal weken:.....
- weet niet

Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden?

- nee
- ja
- Laatste menstruatie:.....

Geeft u borstvoeding?

- nee
- ja .....

Heeft u ooit gezondheidsproblemen gehad op reis?

- nee
- ja .....

Zijn er nog andere zaken die u wilt bespreken?

- nee
- ja .....

---

*Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.*

Datum:...../...../..... Handtekening:..... Paraaf reizigersadviseur:.....  
(Handtekening cliënt bij weigeren/niet opvolgen specifiek advies:.....)

---