

REISANAMNESE (1)

Voor een goed advies is het belangrijk dat u deze vragenlijst (formulier 1 en 2) zo volledig mogelijk invult. Gebruik voor **iedere afzonderlijke reiziger** een **apart formulier**. Wilt u uw vaccinatieboekje en uw reisprogramma meenemen?

achternaam: voorletters: dhr./mw.
meisjesnaam: telefoon: (werk/privé)
straat + huisnr: postcode:
woonplaats: beroep:
geboortedatum:
geboorteland: jaar van immigratie naar Nederland:

reden reis: * vakantie / familiebezoek / vestiging / werk / stage als

Omschrijving reis: * volledig georganiseerd verblijf / vervoer georganiseerd / alles zelf geregeld

Verblijfsomstandigheden: hotel / pension appartement schip
 guesthouse bij lokale bevolking onbekend
 camping / tent bij kennissen / familie

LAND	GEBIED / REGIO	VERTREK- EN VERBLIJFSDATA	AANTAL DAGEN
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

* doorhalen wat niet van toepassing is

REISANAMNESE (2)

MEDISCHE GEGEVENS	JA / NEE		TOELICHTING ...										
Heeft u een (ernstige) ziekte?	Ja	Nee	hart / long / nier / stolling / depressie / HIV / psoriasis / diabetes mellitus / epilepsie /*										
Bent u onder controle van een arts?	Ja	Nee	Naam: Reden: Is deze op de hoogte van uw reis? Ja/nee*										
Gebruikt u medicijnen / de pil?	Ja	Nee	Welke?										
Heeft u maag- of darmklachten?	Ja	Nee											
Heeft u een transplantatie gehad of heeft u een miltverwijdering ondergaan?	Ja	Nee											
Heeft u een prothese van een gewricht en/of bloedvaten?	Ja	Nee											
Bent u ergens allergisch voor?	Ja	Nee	antibiotica / kip / ei / aluminium / *										
Heeft u de laatste jaren chemokuren gehad of bent u bestraald?	Ja	Nee											
Bent u zwanger of van plan dit op korte termijn te worden?	Ja	Nee	Aantal weken zwanger:										
Geeft u borstvoeding?	Ja	Nee											
Heeft u hepatitis A (geelzucht) gehad en/of zijn er antistoffen tegen hepatitis A bepaald?	Ja	Nee											
Bent u in militaire dienst geweest?	Ja	Nee	Wanneer?										
Heeft u eerder een verre reis gemaakt?	Ja	Nee	Naar: Gezondheidsproblemen gehad? Ja/nee *										
Bent u ooit gevaccineerd?	Ja	Nee	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; border-right: 1px solid black;">Vaccinatie:</td> <td>Wanneer?</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">.</td> <td>.</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">.</td> <td>.</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">.</td> <td>.</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">.</td> <td>.</td> </tr> </table>	Vaccinatie:	Wanneer?
Vaccinatie:	Wanneer?												
.	.												
.	.												
.	.												
.	.												
Heeft u complicaties t.g.v. een eerdere vaccinatie of van malariatabletten ondervonden?	Ja	Nee	Welke complicaties? Van wat?										
Heeft u contactlenzen?	Ja	Nee	Harde / zachte *										
Bloedgroep?	A / B / AB / O / onbekend *												

* doorhalen wat niet van toepassing is

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld

Handtekening:

Datum: