

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:	In Nederlands sinds: / /
Adres:	Postcode:	Woonplaats:
E-mail:	Tel. nummer:	BSN:
Gewicht:	Vertrekdatum reis:	

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

Vluchtgegevens (tussenlanding/duur tussenstop etc.):.....

.....

Reden reis: vakantie bezoek familie/kennissen migratie werk/stage

Reisgezelschap: individueel partner/gezin anders:

Accommodatie: hotel appartement camping schip familie/kennissen lokale bevolking

Activiteiten: verblijf op hoogte(>2500m) omgang met dieren medisch handelen

Toelichting activiteiten:.....

.....

Bent u eerder gevaccineerd? nee ja

Zo ja, vink hieronder aan waarvoor:

als kind in militaire dienst i.v.m. reis werk gerelateerd weet ik niet

Zo ja, welke vaccinaties heeft u gehad en wanneer:.....

.....

.....

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie of malariatabletten? nee ja

Zo ja, naam medicatie + datum:.....

Bent u ergens allergisch voor? nee ja

Zo ja, waarvoor:.....

Bent u onder behandeling of controle van een arts? nee ja

Zo ja, voor welke reden & welke arts:.....

.....

Heeft u één van de volgende ziektes (gehad)? nee ja

Zo ja, vink hieronder aan welke:

- suikerziekte maagdarmziekte leverziekte nierziekte hart- of vaatziekte epilepsie
 stollingsziekte afweerstoornis hiv/AIDS miltziekte thymusziekte kanker psoriasis
 anders, namelijk:.....

Heeft u ooit hepatitis A of B (geelzucht) gehad? nee ja

Zo ja, vink hieronder aan welke:

- A B geelzucht

Heeft u nu of vroeger psychische problemen (gehad)? nee ja

Zo ja, vink hieronder aan welke :

- depressie angststoornis psychose anders, namelijk:.....

Gebruikt u een van onderstaande medicijnen en/of de (anticonceptie) pil? nee ja

Zo ja, vink hieronder aan welke :

- maagzuurremmer antibioticum hivremmers afweerremmer antistolling anticonceptiepil

Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad? nee ja

Bent u ooit geopereerd? nee ja

Zo ja, wat voor soort operatie(s):.....
.....

Heeft u een vaatprothese of hartkleprothese? nee ja

Zo ja, vink hieronder aan wat voor prothese :

- vaatprothese hartkleprothese

Bent u zwanger? nee ja weet niet

Zo ja, wat is de duur van de zwangerschap:.....

Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden? nee ja

Datum laatste menstruatie:.....

Geeft u borstvoeding? nee ja

Heeft u ooit gezondheidsproblemen gehad op reis? nee ja

Zo ja, wat voor problemen:.....
.....

Zijn er nog andere zaken die u wilt bespreken? nee ja

Zo ja, wat wilt u bespreken:.....
.....

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:.....

Handtekening:.....