

Reisanamneseformulier Hoed Waterrijk Lessestraat 6 1966 SG Heemskerk

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: | Vertrekdatum reis: | |

| Land van bestemming: | Gebied/plaats: | Duur: |
|----------------------|----------------|-------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 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 anders
- Activiteiten: verblijf op hoogte (>2500 m) omgang dieren medisch handelen anders:

| | | |
|---|--|---|
| Bent u eerder gevaccineerd? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weet niet | <input type="checkbox"/> als kind <input type="checkbox"/> in militaire dienst <input type="checkbox"/> i.v.m. reis |
| Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | Vaccin+ datum: |
| Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | |
| Bent u ergens allergisch voor? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> kippenei(-eiwit) <input type="checkbox"/> medicijnen: <input type="checkbox"/> anders: |
| Bent u weleens flauwgevallen tijdens of na injectie? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | |
| Heeft u een geel vaccinatieboekje? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | Zo ja, graag meenemen |

| | | |
|---|--|---|
| Bent u onder behandeling of controle van een arts? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | Reden: Arts: |
| Heeft u één van de volgende ziektes (gehad)? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> maagdarmziekte <input type="checkbox"/> leverziekte <input type="checkbox"/> nierziekte <input type="checkbox"/> hart- of vaatziekte <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> stollingsziekte <input type="checkbox"/> afweerstoornis <input type="checkbox"/> hiv/AIDS <input type="checkbox"/> miltziekte <input type="checkbox"/> thymusziekte <input type="checkbox"/> kanker <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> longziekten <input type="checkbox"/> anders |
| Heeft u ooit hepatitis A of B (geelzucht) gehad? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | |
| Heeft u nu of vroeger psychische problemen (gehad)? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | Welke: |

| | | |
|---|--|--|
| Gebruikt u medicijnen en/ of de (anticonceptie)pil? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | Welke: |
| Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | |
| Bent u ooit geopereerd? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> maag <input type="checkbox"/> darm <input type="checkbox"/> milt <input type="checkbox"/> anders: |
| Heeft u een vaatprothese of hartklepprothese? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> vaatprothese <input type="checkbox"/> hartklepprothese |
| Bent u zwanger? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weet niet | Duur: |
| Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | Laatste menstruatie: |
| Geeft u borstvoeding? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | |
| Heeft u ooit gezondheidsproblemen gehad op reis? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | Zo ja, welke |
| Zijn er nog andere zaken die u wilt bespreken? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja | Indien ja: |

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:

Handtekening:

Paraaf reizigersadviseur:

Handtekening cliënt bij weigeren/ niet opvolgen specifiek advies: