

Reizigersvaccinatie

1 PERSOONSgegevens

Achternaam

Straat

Voorletters

Geslacht

Postcode

M V

Geboortedatum

Gewicht

Plaats

Burgerservicenummer

Telefoon

E-mail

Beroep

Geboorteland/opgegroeid in

In Nederland sinds

2 REISgegevens

Vertrekdatum reis

LAND VAN BESTEMMING	GEBIED/PLAATS	DUUR
1	TUSSENSTOP	
2	TUSSENSTOP	
3	TUSSENSTOP	
4	TUSSENSTOP	

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

Reisgezelschap individueel partner/gezin

Accommodatie hotel appartement camping schip familie/ kennissen

lokale bevolking

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

.....

3 MEDISCHE GEGEVENS

Bent u eerder gevaccineerd?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> WEET NIET	<input type="checkbox"/> als kind <input type="checkbox"/> in militaire dienst <input type="checkbox"/> i.v.m. reis (vaccin & datum)
Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	vaccin & datum
Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	
Bent u ergens allergisch voor?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> kippenei(-eiwit) <input type="checkbox"/> medicijnen
Bent u onder behandeling of controle van een arts?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	reden
		arts
Heeft u één van de volgende ziektes (gehad)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> maagdarmsziekte <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"/> anders
Heeft u ooit hepatitis A of B (geelzucht) gehad?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B; <input type="checkbox"/> geel zien <input type="checkbox"/> antistoffentest
Heeft u mazelen doorgemaakt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Heeft u nu of vroeger psychische problemen (gehad)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> depressie <input type="checkbox"/> angststoornis <input type="checkbox"/> psychose <input type="checkbox"/> anders
Gebruikt u medicijnen en/ of de (anticonceptie)pil? (Ook middelen niet voorgeschreven door een arts)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> maagzuurremmer <input type="checkbox"/> antibioticum <input type="checkbox"/> hivremmer <input type="checkbox"/> afweerremmer <input type="checkbox"/> antistolling <input type="checkbox"/> anticonceptiepil <input type="checkbox"/> anders
Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Bent u ooit geopereerd?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> maag <input type="checkbox"/> darm <input type="checkbox"/> milt <input type="checkbox"/> anders
Heeft u een vaatprothese of hartkleprothese?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> vaatprothese <input type="checkbox"/> hartkleprothese
Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> weet niet duur
Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	laatste menstruatie
Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Heeft u ooit gezondheidsproblemen gehad op reis?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Zijn er nog andere zaken die u wilt bespreken?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE

ONDERGETEKENDE VERKLAART DIT FORMULIER NAAR WAARHEID TE HEBBEN INGEVULD.

Datum Handtekening Paraaf reizigersadviseur

(Handtekening cliënt bij weigeren/niet opvolgen specifiek advies)