

REISANAMNESE-FORMULIER:

Om u optimaal te adviseren is het van belang dat u deze vragenlijst zo volledig mogelijk invult. Neem indien mogelijk uw vaccinatieboekje/ registratiebewijzen vaccinaties en reisprogramma mee.

Gebruik dit formulier niet voor meerdere reizigers tegelijk, maar vul per persoon een formulier in.

Naam: Geboortedatum: m/v

Adres: Postcode:

Woonplaats: Geboorteland:

Datum van immigratie (indien niet geboren in Nederland):

Tel.nr. mobiel: BSN:

Beroep: Gewicht:

Email adres:

Reden verblijf: vakantie/ werk/ stage/ bezoek familie/ vestiging/ anders:.....

Verblijfsomstandigheden: hotel/ appartement/ bij kennissen of familie/bij lokale bevolking/camping/ guesthouse/lodge/hut/ schip/ overig:.....

Risicovolle activiteiten: verblijf >2500m hoogte/omgang met dieren/(water)sport/ seks, tatoeage of piercing/medische handelingen/anders:.....

Reisgezelschap: geen(individuele reis)/ partner of gezin/ familie/ vrienden/ groep/ anders:.....

Bestemming (land)	gebied/regio/plaatsnamen	reisdata	
1.	:	van	t/m
2.	:	van	t/m
3.	:	van	t/m
4.	:	van	t/m

Vaccinatie gegevens:

Bent u ooit gevaccineerd? Vaccinatie(s) + datum
 als kind :
 in militaire dienst:
 i.v.m. een reis :
 anders :

Bent u in militaire dienst geweest? Ja/Nee

Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van vaccinaties, bloedafname of malariatabletten? Ja/Nee Welk vaccin/welke malariatabletten?
 Welke bijwerking:
 flauwvallen/koorts/huiduitslag/anders:

Bent u ergens allergisch voor? Ja/Nee antibiotica/kippeneieren /kippeneiwit/medicijnen/ bijen- of wespengif/ anders....

Medische gegevens:

Bent u onder behandeling/controle van een arts?	Ja/Nee	Naam: _____ reden: _____ Is deze op de hoogte van uw reis?
Lijdt u aan een(chronische) ziekte?	Ja/Nee	suikerziekte/epilepsie/hart- of vaatziekte/ stollingsstoornis/psoriasis/nierziekte/HIV.AIDS/ maagdarmziekte/afweerstoornis/kanker/ overig:
Gebruikt u medicijnen of de (anticonceptie) pil? Of middelen niet door arts voorgeschreven?	Ja/Nee	Welke:
Heeft u nu of in het verleden psychische problemen gehad?	Ja/Nee	depressie/ psychose/ angststoornis / verslaving/ anders...
Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed?	Ja/Nee	Reden:
Heeft u een pacemaker, vaatprothese of hartkleprothese?	Ja/Nee	pacemaker/ kunsthartklep/ stent/vaatprothese/ anders:
Bent u ooit geopereerd?	Ja/Nee	maag/ darm/ milt/ anders:
Wordt u bestraald, krijgt u een chemokuur, of heeft u één van beide ooit ondergaan?	Ja/Nee	datum: _____ reden: _____ Wanneer afgerond?..
Bent u zwanger of van plan dit binnenkort te worden?	Ja/Nee	Zwangerschapsduur:
Geeft u borstvoeding?	Ja/Nee	
Heeft u geelzucht gehad of zijn er ooit antistoffen tegen Hepatitis A bepaald? En Hepatitis B?	Ja/Nee Ja/Nee	Anamnese A - B Antistoffen HAV HBS :
Draagt u contactlenzen?	Ja/Nee	Hard/Zacht
Voelt u zich op dit moment ziek of ongelukkig?	Ja/Nee	Aard klachten:
Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad?	Ja/Nee	Aard problemen:

Zijn er nog andere zaken die u wilt bespreken?

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld:

Datum:

Handtekening:

Paraaf reisadviseur: