

Reisanamnese:

Voor een goed advies is het belangrijk deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen.
Gebruik voor ieder afzonderlijke reiziger een apart formulier.

Graag uw vaccinatieboekje en reisprogramma meenemen!

Achternaam: voorletters:
Meisjesnaam: postcode:
Straat + huisnr.: telefoon (werk/privé):
Woonplaats: beroep:
Geboortedatum: Jaar van immigratie naar Nederland:
Geboorteland:

BSN:

Reden reis *vakantie/familiebezoek/vestiging/werk/stage als:
Omschrijving reis *volledig georganiseerd/verblijf/vervoer georganiseerd/alles zelf geregeld

Verblijfsomstandigheden:

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

| Land | Gebied/regio | Vertrek- en verblijfsdata | Aantal dagen |
|------|--------------|---------------------------|--------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

Kopie van reisschema meenemen en evt. plattegrond !!!!!

| Medische gegevens | nee | ja | Te weten..... |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|------------------------------------------------------------------------|
| Lijdt u aan een ernstige ziekte? | | | hart/long/nier/stolling/depressie/ HIV/psoriasis/diabetes/epilepsie |
| Bent u onder controle van een arts? | | | Naam + reden Is deze op de hoogte van uw reis * ja/nee |
| Gebruikt u medicijnen/ de pil | | | |
| Heeft u maag- of darmklachten | | | |
| Heeft u een transplantatie of miltverwijdering ondergaan | | | |
| Bent u ergens allergisch voor? | | | * antibiotica/kip/ei/aluminium/ |
| Bent u nu of binnenkort zwanger? | | | Aantal weken zwanger |
| Geeft u borstvoeding? | | | |
| Heeft u hepatitis A (geelzucht) gehad en/of zijn antistoffen tegen hepatitis A bepaald? | | | |
| Bent u in militaire dienst geweest? | | | In (jaartal): |
| Heeft u eerder een verre reis gemaakt? | | | Naar: Gezondheidsproblemen gehad * j a/nee |
| Bent u ooit gevaccineerd? | | | Vaccinatie: In (jaartal) |
| Heeft u complicaties t.g.v. eerdere vaccinaties of malariatabletten onder- vonden? | | | |

| | | | |
|---------------------------|--|--|--------------|
| Heeft u contactlenzen? | | | * hard/zacht |
| Bloedgroep, indien bekend | | | * A/B/AB/O |

* doorhalen wat niet van toepassing is

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Handtekening client:

Datum: