

## INTAKEFORMULIER REIZIGERSADVISING

Voor een goed advies is het belangrijk deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen.

### Persoonsgegevens

Naam en Voorletters: ..... M / V \*  
 Meisjesnaam : .....  
 Adres: .....  
 Postcode / Woonplaats: .....  
 Telefoonnummer: ..... Werk: .....  
 Geboortedatum: ..... Geboorteland: .....

### Reisgegevens

Vertrekdatum: ..... Totale verblijf in dagen: .....

Vul in welk(e) land(en) en gebieden u achtereenvolgens bezoekt en geef per gebied / regio de verblijfsduur aan.

Land	Gebied / regio	Verblijfsdata	Aantal dagen
1: .....	.....	Van:.....Tot:.....	.....
2: .....	.....	Van: .....Tot: .....	.....
3: .....	.....	Van: .....Tot: .....	.....
4: .....	.....	Van: .....Tot: .....	.....

U reist: all een / met partner / kinderen / kennissen \*  
 Reden reis: vakantie / familiebezoek / tijdelijke vestiging \*  
 Werk als: ..... Stage als: .....

Heeft u als eens eerder een verre reis gemaakt?

- Ja, voor het laatst in: .....(jaartal vermelden)  
 Naar welk(e) lande(en): .....
- Nee

Heeft u toen problemen met betrekking tot uw gezondheid ondervonden?

- Ja, aard.....  
 Nee

Hoe omschrijft u uw reis:

- Volledig georganiseerd  
 Alleen vervoer en verblijf is georganiseerd  
 Alleen vervoer is georganiseerd  
 Alles zelf geregeld

Verblijfsomstandigheden:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hotel / Pension | <input type="checkbox"/> Bij lokale bevolking    |
| <input type="checkbox"/> Guesthouse      | <input type="checkbox"/> Bij kennissen / familie |
| <input type="checkbox"/> Camping         | <input type="checkbox"/> Boot                    |
| <input type="checkbox"/> Appartement     | <input type="checkbox"/> Nog niet bekend         |

### Vaccinatiegegevens uit het verleden

Bent u in het verleden gevaccineerd?

- Nee  
 Onbekend  
 Ja, tegen: jaartal laatste vaccinatie (zie vaccinatieboekje)  
 DTP .....  
 Buiktyfus .....  
 Hepatitis A (vaccin) .....  
 Hepatitis B .....  
 Overige .....

(\*doorhalen wat niet van toepassing is)

Complicaties ten gevolge van deze vaccinaties? Ja / Nee\*, indien ja welke.....  
 Heeft u een vaccinatieboekje? Ja / Nee\*, indien ja graag meenemen  
 Heeft u eerder malariapillen gebruikt? Ja / Nee\*, indien ja: Paludrine / Nivaquine / Lariam\*

**Medische gegevens**

Lijdt u aan een ernstige ziekte? Ja / Nee\*, indien ja welke.....  
 Heeft u in het verleden geelzucht gehad? Ja / nee\*  
 Wordt u behandeld voor:  
 Psychische problemen Ja / Nee\*  
 Suik erziekte Ja / Nee\*  
 Epilepsie Ja / Nee\*  
 Hartziekten Ja / Nee\*  
 Hepatitis Ja / Nee\*  
 Longziekte Ja / Nee\*  
 Maag -/darmklachten Ja / Nee\*  
 Nierziekte Ja / Nee\*  
 Psoriasis Ja / Nee\*  
 Stollingsstoornissen Ja / Nee\*  
 Is uw milt verwijderd? Ja / Nee\*  
 Gebruikt u de pil? Ja / Nee\*  
 Bent u zwanger of is er een zwangerschapswens? Ja / Nee\*  
 Geeft u borstvoeding? Ja / Nee\*  
 Bent u overgevoelig voor kippe-eiwit? Ja / Nee\*  
 Bent u overgevoelig voor bepaalde geneesmiddelen? Ja / Nee\*, indien ja welke .....

.....  
 .....

Medicijngebruik, welke geneesmiddelen gebruikt u?

- Prednison .....
- Immunosuppressiva ..... (remt werking afweersysteem)
- Hart .....
- Maag / darm .....
- Anti-stolling .....
- Antibiotica .....
- Slaapmiddelen .....
- Overige .....

Wie is uw huisarts: .....

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

**Handtekening:**

**datum:**

.....

(\*doorhalen wat niet van toepassing is)