

Leest eerst de toelichting op de website. Om u optimaal te kunnen adviseren is het van belang dat u deze vragenlijst zo compleet mogelijk invult. Gebruik dit formulier niet voor meerdere reizigers tegelijk, maar vul per persoon één formulier in. Neem indien mogelijk uw **vaccinatieboekje en reisprogramma** mee bij uw afspraak.

Wij vragen u na het consult direct te betalen, bij voorkeur met pinnen.

<input type="checkbox"/> Dhr. <input type="checkbox"/> Mw. Naam:		Geboortedatum:	Leeftijd:
Straat + huisnr.:		Plaats:	
Telefoonnummers:			
Geboorteland:		Datum van immigratie (indien niet geboren in Nederland):	
Gewicht:			
Reden van de reis:	<input type="checkbox"/> vakantie <input type="checkbox"/> vestiging	<input type="checkbox"/> werk: <input type="checkbox"/> stage:	<input type="checkbox"/> familie- of vriendenbezoek <input type="checkbox"/> anders:
Accommodatie:	<input type="checkbox"/> hotel / pension <input type="checkbox"/> bij lokale bevolking	<input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> bij familie / vrienden	<input type="checkbox"/> camping / tent <input type="checkbox"/> guesthouse / lodge <input type="checkbox"/> schip <input type="checkbox"/> anders:
Risicovolle activiteiten tijdens de reis:	<input type="checkbox"/> verblijf > 2500 m hoogte <input type="checkbox"/> seks, tatoeage, piercing	<input type="checkbox"/> omgang met dieren <input type="checkbox"/> (water)sport:	<input type="checkbox"/> medische handelingen <input type="checkbox"/> anders:
Reisgezelschap:	<input type="checkbox"/> geen (individuele reis)	<input type="checkbox"/> partner / gezin	<input type="checkbox"/> familie / vrienden <input type="checkbox"/> groep

Bestemming (land)	Gebied / regio / plaatsnamen	Reisdata	Aantal dagen
1.		van t/m	
2.		van t/m	
3.		van t/m	

Medische gegevens	Ja	Nee	Toelichting:
Bent u onder behandeling van een arts?			Naam en reden: Is deze op de hoogte van uw reis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Lijdt u aan een chronische ziekte?			<input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> hart- of vaatziekte <input type="checkbox"/> stollingsstoornis <input type="checkbox"/> kanker <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> nierziekte <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> maagdarmziekte <input type="checkbox"/>
Gebruikt u medicijnen of de (anticonceptie)pil?			Welke?
Heeft u nu of in het verleden een depressie of een ander psychisch probleem gehad?			<input type="checkbox"/> depressie <input type="checkbox"/> psychose <input type="checkbox"/> angststoornis <input type="checkbox"/> verslaving <input type="checkbox"/> anders:
Bent u ergens allergisch voor?			<input type="checkbox"/> kippeneiwit <input type="checkbox"/> medicijnen: <input type="checkbox"/> bij / wesp <input type="checkbox"/> anders:.....
Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed?			Reden:
Heeft u een pacemaker of vaatprothese?			<input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> kunsthartklep <input type="checkbox"/> stent <input type="checkbox"/> anders:
Bent u ooit geopereerd?			Aard operatie(s):
Wordt u bestraald of krijgt u een chemokuur?			Datum en reden:
Bent u zwanger of van plan dat binnenkort te worden?			Aantal weken zwanger:
Geeft u borstvoeding?			
Heeft u geelzucht gehad?			
Zijn er ooit antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald?			
Heeft u ooit bijwerkingen gehad van vaccinaties?			Welk vaccin? Welke bijwerking?
Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten?			Welke tabletten? Welke bijwerking?
Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad?			Aard problemen:

Ga nu naar bladzijde 2.

Beantwoord hieronder de vragen over eerdere vaccinaties.

- Heeft u als kind de gebruikelijke vaccinaties gehad? ja nee onbekend
- Bent u in militaire dienst geweest? ja nee n.v.t.

Vul hieronder de data in van eerder bij u gegeven vaccinaties of voeg een kopie bij van uw vaccinatieboekje.

DTP	<i>Revaxis</i>	<i>laatst bekende datum</i>		
Hepatitis A	<i>Havrix</i> <i>Avaxim</i>	<i>datum 1e vacc</i>	<i>datum 2e vacc</i>	
Hepatitis B	<i>Engerix</i>	<i>datum 1e vacc</i>	<i>datum 2e vacc</i>	<i>datum 3e vacc</i>
Hepatitis A + B	<i>Twinrix</i>	<i>datum 1e vacc</i>	<i>datum 2e vacc</i>	<i>datum 3e vacc (evt)</i>
Typhus	<i>Typhim Vi</i> <i>Typherix</i>	<i>laatst bekende datum</i>		
Gele koorts	<i>Stamaril</i>	<i>laatst bekende datum</i>		
Rabiës	<i>Rabipur</i> <i>Mérieux</i>	<i>datum 1e vacc</i>	<i>datum 2e vacc</i>	<i>datum 3e vacc</i>
Overig				

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:

Handtekening:

In te vullen door reizigersadviseur:

BB / WS / MR				Datum:				AK / AL / MO / HG / DD				Datum:			
DTP	Hepatitis A	Typhus	Gele koorts	Hepatitis B	Rabiës	BMR								
Malaria:															
Opmerkingen:															