

INTAKE-FORMULIER REIZIGER

Vul voor een optimaal advies dit formulier zo volledig mogelijk in. Zet alleen een vinkje indien van toepassing.

Naam:..... Voorletters:..... m/v Geboortedatum: ...../...../.....  
Geboorteland/ opgegroeid in:..... In Nederland sinds:...../...../.....  
Adres:..... Postcode..... Woonplaats.....  
E-mail..... Telefoon..... BSN:.....  
Beroep:..... Gewicht..... kg vertrekdatum reis:...../...../.....

Land van bestemming:	Gebied/ plaats:	Duur:	Land van bestemming	Gebied/ plaats	Duur:
1.			3.		
2.			4.		

Reden reis:  vakantie  bezoek familie/ kennissen  migratie  werk/ stage, als:.....  
Reisgezelschap:  individueel  partner/ gezin  Anders:.....  
Accommodatie:  hotel  appartementen  camping  schip  familie/ kennissen  lokale bevolking  
 O :.....  
Activiteiten:  verblijf op hoogte (>2500 m)  omgang dieren  medisch handelen  O:.....

---

Bent u eerder gevaccineerd?  O nee  ja  O als kind  O in militaire dienst  O i.v.m. reis  
 O weet niet

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie?  O nee  ja Vaccin + datum:.....  
Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten?  O nee  ja

Bent u ergens allergisch voor?  O nee  ja  O kippenei(-eiwit)  O medicijnen:.....  
.....

---

Bent u onder behandeling of controle van een arts?  O nee  ja Reden:.....  
Arts:.....

Heeft u één van de volgende ziektes (gehad)?  O nee  ja  O suikerziekte  O maagdarmsziekte  O leverziekte  
 O nierziekte  O hart- of vaatziekte  O epilepsie  
 O stollingsziekte  O afweerziekte  O hiv/AIDS  
 O miltziekte  O thymusziekte  O kanker  O psoriasis ss  
 O anders:.....

Heeft u ooit hepatitis A of B (geelzucht) gehad?  O nee  ja  O A  O B ;  O geel zien  O antistoffentest  
Heeft u nu of vroeger psychische problemen (gehad)?  O nee  ja  O depressie  O angststoornis  O psychose  
 O anders:.....

Gebruikt u medicijnen en/ of de (anticonceptie)pil  O nee  ja  O maagzuurremmer  O antibioticum  
 O hivremmer  
(ook middelen niet voorgeschreven door een arts)  O afweerremmer  O antistolling  O anticonceptiepil  
.....

Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad?  O nee  ja .....  
Bent u ooit geopereerd?  O nee  ja  O maag  O darm  O milt  O anders:.....  
Heeft u een vaatprothese of hartklepprothese?  O nee  ja  O vaatprothese  O hartklepprothese

Bent u zwanger?  O nee  ja  O weet niet Duur:.....  
Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden?  O nee  ja laatste menstruatie:.....  
Geeft u borstvoeding?  O nee  ja .....

Heeft u ooit gezondheidsproblemen gehad op reis  O nee  ja .....  
Zijn er nog andere zaken die u wilt bespreken?  O nee  ja .....

---

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld

Datum: ...../...../..... Handtekening:..... Paraaf reizigersadviseur:.....  
Handtekening cliënt bij weigeren/niet opvolgen specifiek advies:.....