Dhr. Mw. Voorletter(s): Naam:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Geboortedatum: | | | Burger Service Nummer: | |
| Geboorteland: |  | Datum immigratie (indien niet geboren in Nederland): | | |
| Straat en huisnr.: |  | Postcode en plaats: | | |
| Telefoonnummer(s): |  | Gewicht: Beroep: | | |
|  |  |  | |  |
| **Reden van de reis:** |  vakantie   vestiging |  werk   stage | |  familie- of vriendenbezoek anders, nl.: |
| **Accommodatie:** |  hotel / pension   bij lokale bevolking   guesthouse / lodge / hut |  appartement  familie/vrienden  anders, nl.: | |  camping / tent (cruise)schip |
| **Risicovolle activiteiten:** | verblijf > 2500 m hoogte   seks, tatoeage of piercing | omgang met dieren  medische (be)handeling | | wintersport  anders, nl.: |

**Reisgezelschap:** geen (individueel)  partner / gezin familie / vrienden groep anders, nl.:

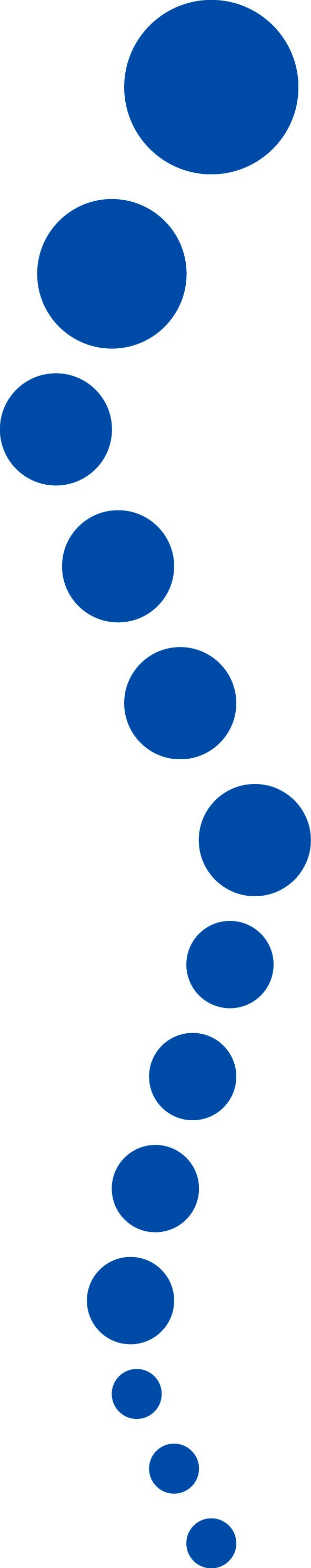
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Bij vliegreis: □** tussenstop: waar en hoe lang? □ n.v.t.

**REISANAMNESEFORMULIER**

Om u optimaal te kunnen adviseren, is het van belang dat u deze vragenlijst zo volledig

mogelijk invult. Neem indien mogelijk uw vaccinatieboekje en reisprogramma mee.



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bestemming (land):** | **Gebied / regio / plaats:** | **Datum verblijf:** | **Aantal dagen:** |
| 1. |  | van t/m |  |
| 2. |  | van t/m |  |
| 3. |  | van t/m |  |

Vul ook de achterzijde van dit formulier volledig in!

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld:

Datum Naam Handtekening

……………………. …………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medische gegevens:** | **Ja** | **Nee** | **Toelichting:** |
| Bent u onder behandeling of controle van een arts (specialist)? |  |  | Zo ja, wie?  Is deze op de hoogte van uw reis?  ja  nee |
| Lijdt u aan een chronische ziekte? |  |  |  suikerziekte  epilepsie  psoriasis   stollingsstoornis  kanker  nierziekte  hart- of vaatziekte  HIV/aids   maagdarmziekte  anders, nl.: |
| Gebruikt u medicijnen of de (anticonceptie)pil? |  |  | Zo ja, welke? |
| Heeft of had u een depressieve stoornis of een ander psychisch probleem? |  |  |  depressie  psychose  angststoornis  verslaving  anders, nl.: |
| Bent u ergens allergisch voor? |  |  |  kippeneieren / -eiwit  bijen- / wespengif  noten  medicijnen, nl.:   anders, nl.: |
| Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed? |  |  | Zo ja, waarom? |
| Heeft u een vaatprothese? |  |  |  kunsthartklep  stent  anders, nl.: |
| Bent u ooit geopereerd? |  |  | Aard operaties: |
| Krijgt of kreeg u bestraling of chemotherapie? |  |  | Zo ja, wanneer (jaar): En waarom? |
| Bent u zwanger of van plan dat binnenkort te worden? |  |  | Indien zwanger, aantal weken: |
| Geeft u borstvoeding? |  |  |  |
| Heeft u geelzucht gehad of zijn ooit antistoffen tegen hepatitis bepaald? |  |  |  |
| Bent u ooit gevaccineerd? |  |  |  als kind volgens schema   in militaire dienst  i.v.m. een reis  anders, nl.: |
| Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van vaccinaties, bloedafname of malariatabletten? |  |  | Welk vaccin / welke malariatabletten?  Welke bijwerking?  flauwvallen  koorts  huiduitslag   anders, nl.: |
| Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad? |  |  | Aard problemen: |
| Draagt u contactlenzen? |  |  |  |
| Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid? |  |  | Welke? |
| Zijn er nog andere zaken die u wil bespreken? |  |  | Welke? |