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?    |