

Lees 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"/> Mevr.	<b>Naam:</b>	<b>Geboortedatum:</b>	<b>Leeftijd:</b>
<b>Straat + huisnr.:</b>		<b>Plaats:</b>	
<b>Telefoon nummers:</b>			
<b>Geboorteland:</b>		<b>Datum van immigratie</b> (indien niet geboren in Nederland):	
<b>Gewicht:</b>			
<b>Reden van de reis:</b>	<input type="checkbox"/> vakantie <input type="checkbox"/> werk:.....	<input type="checkbox"/> familie/vriendenbezoek <input type="checkbox"/> stage:.....	<input type="checkbox"/> vestiging <input type="checkbox"/> anders:.....
<b>Accommodatie:</b>	<input type="checkbox"/> hotel/ pension <input type="checkbox"/> bij lokale bevolking <input type="checkbox"/> guesthouse/ lodge	<input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> bij familie/ vrienden <input type="checkbox"/> camping/ tent	<input type="checkbox"/> schip <input type="checkbox"/> anders:.....
<b>Risicovolle activiteiten tijdens de reis:</b>		<input type="checkbox"/> omgang dieren <input type="checkbox"/> seks, tatoeage, piercing <input type="checkbox"/> verblijf >2500m hoogte	<input type="checkbox"/> medisch handelingen <input type="checkbox"/> (water)sport:..... <input type="checkbox"/> anders:.....
<b>Reisgezelschap:</b>	<input type="checkbox"/> partner/gezin	<input type="checkbox"/> familie/ vrienden	<input type="checkbox"/> groep <input type="checkbox"/> individueel
<b>Heeft u een geel vaccinatie boekje:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee			

Bestemming (land)	Gebied/ regio/ plaatsnamen	Reisdata	Aantal dagen
		Van t/m	
		Van t/m	
		Van t/m	
Tussenstop?	Gebied/ regio/ plaats	Verlaat u de luchthaven? Indien ja: voor hoe lang (uren/dagen)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Indien ja, duur:	

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/ vaatziekte <input type="checkbox"/> stollingsstoornis <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> nierziekte <input type="checkbox"/> HIV/aids <input type="checkbox"/> maagdarmziekte <input type="checkbox"/> longziekte <input type="checkbox"/> kanker, vorm:..... <input type="checkbox"/> anders:.....
Gebruikt u (inhalatie)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"/> kippenewit <input type="checkbox"/> bij/ wesp <input type="checkbox"/> medicijnen:..... <input type="checkbox"/> anders:.....
Is uw mild 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:.....
Heeft u prikangst?		

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 van uw vaccinatieboekje bij:

<b>DTP</b> <i>(Revaxis)</i>	Laatst bekende datum		
<b>Hepatitis A</b> <i>(Havrix, Avaxim)</i>	Datum 1 <sup>e</sup> vacc	Datum 2 <sup>e</sup> vacc	
<b>Hepatitis B</b> <i>(Engerix)</i>	Datum 1 <sup>e</sup> vacc	Datum 2 <sup>e</sup> vacc	Datum 3 <sup>e</sup> vacc
<b>Hepatitis A + B</b> <i>(Twinrix, Ambirix)</i>	Datum 1 <sup>e</sup> vacc	Datum 2 <sup>e</sup> vacc	Datum 3 <sup>e</sup> vacc (evt)
<b>Typhus</b> <i>(Typhim V1, Typherix)</i>	Laatst bekende datum		
<b>Gele koorts</b> <i>(Stamaril)</i>	Laatst bekende datum		
<b>Rabiës</b> <i>(Rabipur, Mérieux)</i>	Datum 1 <sup>e</sup> vacc	Datum 2 <sup>e</sup> vacc	Datum 3 <sup>e</sup> vacc
<b>Meningokokkenvaccinatie</b> <i>(Menveo, Nimenrix)</i>	Datum 1 <sup>e</sup> vacc	Datum 2 <sup>e</sup> vacc (indien van toepassing)	

**In te vullen door reizigersadviseur:**

INITIALEN:

DATUM:

DTP	G.K.	Tyfus	Hep A	Hep B	Rabiës	J.E.	Opmerkingen
Malaria:							
Info:	<input type="checkbox"/> SCH	<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> NB	<input type="checkbox"/> anti-mug	<input type="checkbox"/> CDZ	<input type="checkbox"/> anders:.....	
Folders meegeven:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee					