

INTAKE-FORMULIER REIZIGER

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

Naam:..... Geboortedatum:...../...../.....

Geboorteland/opgegroeid in:..... In Nederland sinds:...../...../.....

BSN:..... Telefoon:.....

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/opleiding, als:.....

Reisgezelschap: ☐individueel ☐partner/gezin ☐anders:.....

Accommodatie: ☐hotel ☐appartement ☐camping ☐schip ☐familie/kennissen ☐lokale bevolking ☐hostel

Activiteiten: ☐verblijf op hoogte (>2500 m) ☐omgang dieren ☐medisch handelen ☐.....

Bent u als kind gevaccineerd? ☐nee ☐ja ☐gedeeltelijk ☐weet niet

Bent u eerder gevaccineerd? ☐i.v.m een reis ☐in militaire dienst ☐i.v.m werk

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie? ☐nee ☐ja zo ja, vaccin + datum:.....

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten? ☐nee ☐ja

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

Bent u ooit flauwgevallen na vaccinatie? ☐nee ☐ja

Bent u onder behandeling of controle van een arts? ☐nee ☐ja reden:.....

Heeft u één van de volgende ziektes (gehad)? ☐nee ☐ja arts:.....

☐suikerziekte ☐maagdarmziekte ☐leverziekte
☐nierziekte ☐hart- of vaatziekte ☐epilepsie
☐stollingsziekte ☐afweerstoornis ☐hiv/AIDS
☐miltziekte ☐thymusziekte ☐kanker ☐psoriasis
☐dengue (knokkelkoorts) ☐anders:.....

Heeft u ooit hepatitis A of B (geelzucht) gehad? ☐nee ☐ja ☐A ☐B ; ☐geel zien ☐antistoffentest

Indien geboren vanaf 1965: Heeft u mazelen doorgemaakt? ☐nee ☐ja ☐weet niet

Indien geboren vanaf 1965: Bent u gevaccineerd tegen mazelen? ☐nee ☐ja ☐weet niet

Heeft u nu (of vroeger) psychische problemen (gehad)? ☐nee ☐ja ☐depressie ☐angststoornis

☐psychose ☐anders:.....

Gebruikt u medicijnen? ☐nee ☐ja ☐maagzuurremmer ☐antibioticum ☐hivremmer

(Ook middelen niet voorgeschreven door een arts) ☐afweerremmer ☐antistolling ☐anticonceptiepil

☐anders:.....

Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad? ☐nee ☐ja zo ja, wanneer:.....

Bent u ooit geopereerd? ☐nee ☐ja ☐maag ☐darm ☐milt ☐anders:.....

Heeft u een vaatprothese of een kunst hartklep? ☐nee ☐ja ☐vaatprothese ☐hartklepprothese

Voor vrouwen:

Bent u zwanger? ☐nee ☐ja ☐weet niet Zo ja, hoelang?:.....

Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden? ☐nee ☐ja Zo ja, wanneer was uw laatste menstruatie?:...

Geeft u borstvoeding? ☐nee ☐ja

Bij kinderen <1 jaar: Gebruik biologicals van moeder tijdens de zwangerschap? ☐nee ☐ja

Heeft u ooit gezondheidsproblemen gehad op reis? ☐nee ☐ja

Zijn er nog andere zaken die u wilt bespreken? ☐nee ☐ja

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:/...../..... Handtekening:.....

Paraaf reizigersadviseur:.....