

# Intakeformulier

# 'Reizigersadviesing'

Inleverdatum:

**A.u.b. invullen, ondertekenen en minimaal 6 weken voor vertrek afgeven aan de assistente.**

## Persoonsgegevens

Achternaam:.....Voorletters:..... M/V Geboortedatum...../...../.....

Telefoonnummer(s) waar u op te bereiken bent:.....

Wie is uw huisarts:.....

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

Indien jonger dan 16 jaar wat is het gewicht:.....kg

Vertrekdatum reis:.....Totale reisduur:.....

Indien u een tussenlanding heeft waar is die en hoelang verblijft u daar:.....

Land van bestemming:    Gebied/plaats:    Duur:    Land van bestemming:    Gebied/plaats:    Duur:

1.....    .....    .....    3.....    .....    .....

2.....    .....    .....    4.....    .....    .....

**SVP kopie van de reisbeschrijving toevoegen!**

**Reden van de reis:** Vakantie / Familie bezoek / Werk of stage als ..... / Anders.....

**Accommodatie:** Hotel / Appartement / Camping / Schip / Bij familie of kennissen / Lokale bevolking/ Anders.....

**Activiteiten:** (kruis aan wat van toepassing is)

- Verblijf op hoogte (>2500m)
- Medisch handelen
- Omgang met dieren
- Excursies/ Safari / anders.....
- Raften/bungee- jumpen/bergbeklimmen/mountain biken
- Anders.....

Bent u van plan vaker een "verre" reis te maken	Ja/Nee
Bent u gevaccineerd als kind	Ja/Nee
Heeft u mazelen gehad, of bent u als kind hiervoor gevaccineerd	Ja/Nee
Heeft u corona(COVID 19) doorgemaakt?	Ja/Nee ... zo ja wanneer.....
Bent u gevaccineerd tegen corona (COVID 19)?	Ja/ Nee ... zo ja wanneer.....
Heeft u geelzucht gehad of zijn ooit antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald?	Ja/Nee ...
Bent u eerder gevaccineerd voor een reis	Ja/Nee ... zo ja waarvoor/wanneer.....
Heeft u een (geel) vaccinatieboekje?	Ja/Nee ... <b>zo ja, graag (kopie) inleveren</b>
Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie?	Ja/Nee ... zo ja van welk vaccin en welke bijwerking .....
Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten?	Ja/Nee ... zo ja van welke malariatablet en welke bijwerking.....

## Medische gegevens

Bent u ergens allergisch voor?	Ja/Nee ... kippenei (-eiwit)/medicijnen/.....
Gebruikt u één of meerdere van de volgende medicijnen (ook middelen niet voorgeschreven door een arts)	Ja/Nee ... maagzuurremmer/anticonceptiepil/antistolling/hiv remmer/afweerremmer .....

Bent u onder behandeling of controle van een arts? Ja/Nee ... reden.....

Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed? Ja/Nee

Heeft u een aandoening waardoor u een verminderde afweer heeft? Ja/Nee .....

Bent u ooit bestraald geweest of heeft u chemokuren gehad? Ja/Nee .....zo ja wanneer?.....

Heeft u één van de volgende ziektes (gehad)? Ja/Nee ..... suikerziekte / psoriasis / epilepsie / nierziekte/leverziekte/kanker/maagdarmziekte/afweerstoornis/stollingsziekte/anders.....

.....

Heeft u een vaatprothese of hartklep prothese? Ja/Nee

Heeft u nu of vroeger psychische problemen (gehad)? Ja/Nee ...depressie/angststoornis/psychose/anders..

.....

Bent u zwanger? Zo ja hoeveel weken Ja/Nee .....weken

Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden? Ja/Nee

Geeft u borstvoeding? Ja/Nee

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

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

Onderstaand gedeelte **niet** invullen, dit wordt ingevuld door assistente reizigersadviseur.

	Code LCRmap	Nog geldige vaccinatie tot .....	Advies/Folder	Bijzonderheden
Covid -19				
Gele koorts				
Cholera				
DTP				
Buiktyfus				
Mazelen				
Hepatitis A				
Hepatitis B				
TBC				
Meningokokken				
Rabiës				
Virale encefalitis				
Muggenmaatregel				
Bijzondere reiziger?				
Malaria				
Bijzonderheden alg.				

Advies door:

Paraaf huisarts voor akkoord: