

Intakeformulier

'Reizigersadvisering'

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 inIn 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 ... **zo ja, graag (kopie) inleveren**

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/Neezo 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 hartklepprothese? Ja/Nee

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

.....

Bent u zwanger? Zo ja hoeveel weken Ja/Neeweken

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 reizigersadviesing.

	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				
Malaria				
Chikungunya				
Muggenmaatregel				
Bijzondere reiziger?				
Bijzonderheden alg.				

Advies door:

Paraaf huisarts voor akkoord: