

INTAKE-FORMULIER REIZIGER

Vul voor een optimaal advies dit formulier zo volledig mogelijk in. Omcirkel indien van toepassing.

Naam:.....Voorletter:.....m /v Geboortedatum:...../...../.....
 Geboorteplaats/opgegroeid in.....in Nederland sinds...../...../.....
 Adres:.....Postcode:.....Woonplaats.....
 E-mail:.....Telefoon:.....BSN:.....
 Beroep:.....Gewicht:.....kg Vertrekdatum...../...../.....

Land van bestemming:	Gebied/plaats:	Duur:	Land van bestemming:	Gebied/plaats:	Duur:
1			3		
2			4		

Reden reis: Vakantie / Bezoek familie/kennissen /migratie / werk/ /stage, als.....
 Reisgezelschap: individueel /partner/gezin anders.....
 Accommodatie: hotel / appartement / camping / /schip / /familie/kennissen /lokale bevolking
 Activiteiten : verblijf op hoogte(>2500m) / omgang met dieren / medisch handelen .

Bent u eerder gevaccineerd? nee / ja als kind / in militaire dienst / i.v.m reis / weet niet
 Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie? nee / ja Vaccin + datum:.....
 Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten? nee / ja
 Bent u ergens allergisch voor? nee / ja kippenei (eiwit) medicijnen:.....

Bent u onder behandeling of controle van een arts? nee / ja Reden:.....
 Arts:.....
 Heeft u één van de volgende ziektes (gehad)? nee / ja suikerziekte / maagdarmziekte / leverziekte / nierziekte /
 hart-of vaatziekte / epilepsie / stollingsziekte / afweerstoornis /
 hiv/aids / miltziekte / thymusziekte / kanker / psoriasis /
 anders
 Heeft u ooit hepatitis A of B (geelzucht) gehad ? nee / ja A / B : geel zien ; antistoffentest
 Heeft u vroeger psychische problemen (gehad)? nee / ja depressie / angststoornis / psychose /
 anders
 Gebruikt u medicijnen en/of de (anticonceptie)pil? nee / ja maagzuurremmers / antibioticum / hivremmers /
 (ook middelen niet voorgeschreven door een arts) afweerremmers / antistolling / anticonceptiepil

 Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad? nee / ja
 Bent u ooit geopereerd? nee / ja maag / darm / milt / anders.....
 Heeft u een vaatprothese of hartklepprothese ? nee / ja vaatprothese / hartklepprothese
 Bent u zwanger ? nee / ja / weet niet Duur
 Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden ? nee / ja Laatste menstruatie.....
 Geeft u borstvoeding ? nee / ja
 Heeft u ooit gezondheidsproblemen gehad op reis? nee / ja.....
 Zijn er nog andere zaken die wilt bespreken? nee / ja.....

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld

Datum:...../...../..... Handtekening :.....Paraaf reizigersadviseur.....
 (Handtekening cliënt bij weigering /niet opvolgen specifiek advies:.....