

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 malariatebellen? 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:.....