

**Formulier: Reisadvies***Persoonlijke gegevens*

Achternaam: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_ M / V  
 Adres: \_\_\_\_\_  
 Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
 Thuis nummer: \_\_\_\_\_ Mobiel nummer: \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geboorteland: \_\_\_\_\_  
 Huisarts: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  
 Geeft u ons toestemming om uw medisch dossier te openen?  Ja  Nee

*Reis gegevens**(Vul voor iedere reis die u maakt een apart formulier in a.u.b.)*

Vertrek datum: \_\_\_\_\_

Bestemming 1: \_\_\_\_\_ Verblijfsduur in dagen: \_\_\_\_\_  
 Bestemming 2: \_\_\_\_\_ Verblijfsduur in dagen: \_\_\_\_\_  
 Bestemming 3: \_\_\_\_\_ Verblijfsduur in dagen: \_\_\_\_\_

Maakt u een tussenlanding?

 Ja, in: \_\_\_\_\_  Nee

Wat is de reden van uw reis?

 Vakantie  Werk/Stage. Functie: \_\_\_\_\_  
 Bezoek aan familie  Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

Waar gaat u verblijven?

 Luxe: Hotel/Appartement  Primitieve omstandigheden  Schip  
 Familie/vrienden  Lokale bevolking

Met wie gaat u op reis?

 Vrienden/Familie  Georganiseerde groepsreis  Individueel
*Vaccinatie gegevens*Bent u eerder gevaccineerd voor een reis of voor uw werk?  Ja  Nee

Zo ja, welke vaccinaties en wanneer heeft u deze gehad?

Vaccin: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
 Vaccin: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
 Vaccin: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
 Vaccin: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
 Vaccin: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Heeft u een geel vaccinatieboekje?  Ja (Graag inleveren bij ons)  Nee

Bent u in militaire dienst of in militaire dienst geweest?

 Ja, tot op heden in militaire dienst. Ja, van \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_ Nee**Let op: Vul ook de achterzijde in.**

*Medische gegevens*

Lijdt u aan een (ernstige) ziekte?

O Ja, namelijk: \_\_\_\_\_

O Nee

Bent u bekend, of wordt u behandeld voor:

Depressie of andere psychische problemen?

O Ja

O Nee

Diabetes Mellitus? (Suikerziekte)

O Ja

O Nee

Insuline? O Ja O Nee

Hart en/of vaatziekten?

O Ja

O Nee

Hepatitis A? (Geelzucht)

O Ja

O Nee

HIV en/of AIDS?

O Ja

O Nee

Longziekten?(ASTMA/COPD)

O Ja

O Nee

Maag/darm klachten of operatie?

O Ja

O Nee

Nierziekten?

O Ja

O Nee

Is uw milt verwijderd?

O Ja

O Nee

Psoriasis?

O Ja

O Nee

Mazelen doorgemaakt?

O Ja

O Nee

Bent u allergisch voor kip en/of ei?

O Ja

O Nee

Bent u allergisch voor medicijnen?

O Ja

O Nee

Waarvoor?

Gebruikt u medicijnen?

O Ja

O Nee

Wat gebruikt u?

Medicijn 1: \_\_\_\_\_

Medicijn 2: \_\_\_\_\_

Medicijn 3: \_\_\_\_\_

Medicijn 4: \_\_\_\_\_

Medicijn 5: \_\_\_\_\_

*Alleen voor vrouwen:*

Gebruikt u anticonceptie? (De pil, spiraal, prikpil etc.)

O Ja

O Nee

Bent u zwanger?

O Ja, \_\_\_\_\_ weken

O Nee

Heeft u een zwangschapswens?

O Ja

O Nee

Geeft u borstvoeding?

O Ja

O Nee

**Voor het in behandeling nemen van dit formulier worden kosten in rekening gebracht.**

Naar waarheid ingevuld,

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

*In te vullen door de doktersassistente*

Internationaal bewijs van vaccinatie?	O Ja	O Nee
	Ingeleverd: O Ja O Nee	
Reisschema ingeleverd?	O Ja	O Nee O N.V.T
Datum inname formulier?		
Paraaf assistente bij inname formulier		