

INTAKE-FORMULIER REIZIGER

Vul voor een optimaal advies dit formulier zo volledig mogelijk in. Zet alleen een vinkje indien van toepassing.

Naam: Voorletters: m / v Geboortedatum:/...../.....
Geboorteland/ opgegroeid in: In Nederland sinds:/...../.....
Adres: Postcode: Woonplaats:
E-mail: Telefoon: BSN:
Beroep: Gewicht: kg Vertrekdatum reis:/...../.....

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 (>2500 m) omgang dieren medisch handelen

Bent u eerder gevaccineerd? nee ja als kind in militaire dienst i.v.m. reis
 weet niet gedeeltelijk
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 ooit flauwgevallen na vaccinatie? nee ja

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 nu of vroeger psychische problemen (gehad)? nee ja depressie angststoornis psychose
anders:

Gebruikt u medicijnen en/ of de (anticonceptie)pil? nee ja maagzuurremmer antibioticum hivremmer
(Ook middelen niet voorgeschreven door een arts) afweerremmer 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 een kunst hartklep? 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 u wilt bespreken? nee ja

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

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

INTAKE-FORM TRAVELLER

Please fully fill out this form. Only tick items when applicable to you.

Surname: Initials:..... m / f Date of birth:/...../.....
 Country of birth/ childhood: In the Netherlands since:/...../.....
 Address:..... Postal code:..... City:.....
 E-mail:..... Telephone:..... BSN:.....
 Profession:..... Body weight:.....kg Date of departure:/...../.....

Country of destination:	Area/ place:	Duration:	Country of destination:	Area/ place:	Duration:
1.			3.		
2.			4.		

Travel purpose: holiday visiting family/ friends migration occupation/ education:.....
 Travelling party: on my own partner/ family Other:.....
 Accommodation: hotel apartment camping ship family/ friends with locals :.....
 Activities: travel to high altitude (>2500 m) animal contact medical practice :.....

Have you received vaccinations before? no yes in childhood in military service for travel
unknown partially
 Have you ever had side effects due to vaccination? no yes Vaccine + date:.....
 Have you ever had side effects from malaria tablets? no yes
 Are you allergic to any substance? no yes chickenegg medicines:.....

Are you currently consulting a doctor? no yes Reason:.....
 Doctor:.....

Do or did you have any of the following diseases? no yes stomach/ bowel/ liver disease kidneydisease
diabetes cardiovascular disease epilepsy
psoriasis blood clotting disease cancer
immunodisorder hiv/AIDS spleen disorder
thymusdisorder other:.....

Have you had hepatitis A or B (jaundice)? no yes A B ; jaundice antibody positive
 Have you had a psychiatric problem? no yes depression anxiety disorder psychosis
other:.....

Do you use any medication or oral contraceptive? no yes antacid anticoagulans immunosuppressant
 (Including medication not on doctor's prescription) antibiotic hiv-therapy oral contraceptive
other:.....

Have you received chemo- or radiation therapy? no yes
 Have you ever had surgery? no yes stomach bowel spleen other:.....

Have you got a vascular or heart valve implant? no yes vascular implant heart valve implant
 Are you pregnant? no yes don't know How long?.....

Are you planning to get pregnant in the near future? no yes last menstruation:.....
 Are you breastfeeding? no yes

Have you ever had health problems from travel? no yes
 Are there any other issues you want to discuss? no yes

I declare to have filled out this form truthfully.

Date:/...../..... Signature:..... Travel health advisor's initial:.....
 (Client's signature in case a particular advice is refused:))