

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

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:

Heeft u één van de volgende ziektes (gehad)? ☐ nee ☐ ja Arts:

☐ 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 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 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:)