



REISANAMNESEFORMULIER

Om u optimaal te kunnen adviseren, is het van belang dat u deze vragenlijst zo volledig mogelijk invult. Neem indien mogelijk uw vaccinatieboekje en reisprogramma mee.

Dhr. Mw. Voorletter(s): _____ Naam: _____

Geboortedatum: _____ Burger Service Nummer: _____

Geboorteland: _____ Datum immigratie (indien niet geboren in Nederland): _____

Straat en huisnr.: _____ Postcode en plaats: _____

Telefoonnummer(s): _____ Gewicht: _____ Beroep: _____

Reden van de reis: vakantie werk familie- of vriendenbezoek
 vestiging stage anders, nl.:

Accommodatie: hotel / pension appartement camping / tent
 bij lokale bevolking familie/vrienden (cruise)schip
 guesthouse / lodge / hut anders, nl.:

Risicovolle activiteiten: verblijf > 2500 m hoogte omgang met dieren wintersport
 seks, tatoeage of piercing medische (be)handeling anders, nl.:

Reisgezelschap: geen (individueel) partner / gezin familie / vrienden groep anders, nl.:

| Bestemming (land): | Gebied / regio / plaats: | Datum verblijf: | Aantal dagen: |
|--------------------|--------------------------|------------------------------|---------------|
| 1. | | van t/m | |
| 2. | | van t/m | |
| 3. | | van t/m | |

Vul ook de achterzijde van dit formulier volledig in!

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld:

Datum Naam Handtekening

.....

| Medische gegevens: | Ja | Nee | Toelichting: |
|--|----|-----|---|
| Bent u onder behandeling of controle van een arts (specialist)? | | | Zo ja, wie? Is deze op de hoogte van uw reis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| Lijdt u aan een chronische ziekte? | | | <input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> stollingsstoornis <input type="checkbox"/> kanker <input type="checkbox"/> nierziekte <input type="checkbox"/> hart- of vaatziekte <input type="checkbox"/> HIV/aids <input type="checkbox"/> maagdarmsziekte <input type="checkbox"/> anders, nl.: |
| Gebruikt u medicijnen of de (anticonceptie)pil? | | | Zo ja, welke? |
| Heeft of had u een depressieve stoornis of een ander psychisch probleem? | | | <input type="checkbox"/> depressie <input type="checkbox"/> psychose <input type="checkbox"/> angststoornis <input type="checkbox"/> verslaving <input type="checkbox"/> anders, nl.: |
| Bent u ergens allergisch voor? | | | <input type="checkbox"/> kippeneiëren / -eiwit <input type="checkbox"/> bijen- / wespengif <input type="checkbox"/> noten <input type="checkbox"/> medicijnen, nl.: <input type="checkbox"/> anders, nl.: |
| Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed? | | | Zo ja, waarom? |
| Heeft u een vaatprothese? | | | <input type="checkbox"/> kunsthartklep <input type="checkbox"/> stent <input type="checkbox"/> anders, nl.: |
| Bent u ooit geopereerd? | | | Aard operaties: |
| Krijgt of kreeg u bestraling of chemotherapie? | | | Zo ja, wanneer (jaar): En waarom? |
| Bent u zwanger of van plan dat binnenkort te worden? | | | Indien zwanger, aantal weken: |
| Geeft u borstvoeding? | | | |
| Heeft u geelzucht gehad of zijn ooit antistoffen tegen hepatitis bepaald? | | | |
| Bent u ooit gevaccineerd? | | | <input type="checkbox"/> als kind volgens schema <input type="checkbox"/> in militaire dienst <input type="checkbox"/> i.v.m. een reis <input type="checkbox"/> anders, nl.: |
| Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van vaccinaties, bloedafname of malariatabletten? | | | Welk vaccin / welke malariatabletten? Welke bijwerking? <input type="checkbox"/> flauwvallen <input type="checkbox"/> koorts <input type="checkbox"/> huiduitslag <input type="checkbox"/> anders, nl.: |
| Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad? | | | Aard problemen: |
| Draagt u contactlenzen? | | | |
| Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid? | | | Welke? |
| Zijn er nog andere zaken die u wil bespreken? | | | Welke? |