

INTAKE-FORMULIER REIZIGER

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

Naam:..... Geboortedatum:...../...../.....
Geboorteland/opgegroeid in:..... In Nederland sinds:...../...../.....
BSN:..... Telefoon:.....
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/opleiding, als:.....
Reisgezelschap: ☐ individueel ☐ partner/gezin ☐ anders:.....
Accommodatie: ☐ hotel ☐ appartement ☐ camping ☐ schip ☐ familie/kennissen ☐ lokale bevolking ☐ hostel
Activiteiten: ☐ verblijf op hoogte (>2500 m) ☐ omgang dieren ☐ medisch handelen ☐

Bent u als kind gevaccineerd? ☐ nee ☐ ja ☐ gedeeltelijk ☐ weet niet
Bent u eerder gevaccineerd? ☐ i.v.m een reis ☐ in militaire dienst ☐ i.v.m werk
Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie? ☐ nee ☐ ja zo 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
☐ dengue (knokkelkoorts) ☐ anders:.....
Heeft u ooit hepatitis A of B (geelzucht) gehad? ☐ nee ☐ ja ☐ A ☐ B ; ☐ geel zien ☐ antistoffentest
Indien geboren vanaf 1965: Heeft u mazelen doorgemaakt? ☐ nee ☐ ja ☐ weet niet
Indien geboren vanaf 1965: Bent u gevaccineerd tegen mazelen? ☐ nee ☐ ja ☐ weet niet
Heeft u nu (of vroeger) psychische problemen (gehad)? ☐ nee ☐ ja ☐ depressie ☐ angststoornis
☐ psychose ☐ anders:.....
Gebruikt u medicijnen? ☐ nee ☐ ja ☐ maagzuurremmer ☐ antibioticum ☐ hivremmer
(Ook middelen niet voorgeschreven door een arts) ☐ afweerremmer ☐ antistolling ☐ anticonceptiepil
☐ anders:.....
Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad? ☐ nee ☐ ja zo ja, wanneer:.....
Bent u ooit geopereerd? ☐ nee ☐ ja ☐ maag ☐ darm ☐ milt ☐ anders:.....
Heeft u een vaatprothese of een kunst hartklep? ☐ nee ☐ ja ☐ vaatprothese ☐ hartklepprothese

Voor vrouwen:

Bent u zwanger? ☐ nee ☐ ja ☐ weet niet Zo ja, hoelang?:.....
Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden? ☐ nee ☐ ja Zo ja, wanneer was uw laatste menstruatie?:...
Geeft u borstvoeding? ☐ nee ☐ ja

Bij kinderen <1 jaar: Gebruik biologicals van moeder tijdens de zwangerschap? ☐ 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:.....