Lees eerst de toelichting op de website. Om u optimaal te kunnen adviseren is het van belang dat u deze vragenlijst **zo compleet mogelijk** invult. Gebruik dit formulier niet voor meerdere reizigers tegelijk, maar vul per persoon één formulier in. Neem indien mogelijk uw **vaccinatieboekje en reisprogramma**  mee bij uw afspraak. Wij vragen u na het consult direct te betalen, bij voorkeur met **pinnen**.

|  |
| --- |
| 🞏 Dhr. 🞏 Mevr. **Naam: Geboortedatum: Leeftijd:** |
| **Straat + huisnr.: Plaats:****Telefoon nummers:** |
| **Geboorteland: Datum van immigratie**  (indien niet geboren in Nederland): |
| **Gewicht:** |
| **Reden van de reis:**  | 🞏 vakantie 🞏 werk:…………………  | 🞏 familie/vriendenbezoek 🞏 stage:………………..  | 🞏 vestiging 🞏 anders:………………. |
| **Accommodatie:**  | 🞏 hotel/ pension 🞏 bij lokale bevolking 🞏 guesthouse/ lodge  | 🞏 appartement 🞏 bij familie/ vrienden 🞏 camping/ tent | 🞏 schip🞏 anders:………………. |
| **Risicovolle activiteiten tijdens de reis:**  | 🞏 omgang dieren 🞏 seks, tatoeage, piercing🞏 verblijf >2500m hoogte  | 🞏 medisch handelingen 🞏 (water)sport:………….. 🞏 anders:………………. |
| **Reisgezelschap**:  | 🞏 partner/gezin  | 🞏 familie/ vrienden  | 🞏 groep | 🞏 individueel |
| **Heeft u een geel vaccinatie boekje:** 🞏 ja 🞏 nee |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bestemming (land) | Gebied/ regio/ plaatsnamen | Reisdata | Aantal dagen |
|  |  | Van t/m  |  |
|  |  | Van t/m |  |
|  |  | Van t/m |  |
| Tussenstop? | Gebied/ regio/ plaats | Verlaat u de luchthaven? Indien ja: voor hoe lang (uren/dagen)? |
|  |  | 🞏 ja 🞏 neeIndien ja, duur: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medische gegevens | Ja | Nee | Toelichting: |
| Bent u onder behandeling van een arts? |  |  | Naam en reden:……………………………Is deze op de hoogte van uw reis? 🞏 ja 🞏 nee |
| Lijdt u aan een chronische ziekte? |  |  | 🞏 suikerziekte 🞏 epilepsie 🞏 hart/vaatziekte 🞏 stollingsstoornis 🞏 psoriasis 🞏 nierziekte 🞏 HIV/aids 🞏maagdarmziekte 🞏 longziekte 🞏 kanker, vorm:………………. 🞏 anders:………………. |
| Gebruikt u (inhalatie)medicijnen of de (anticonceptie)pil? |  |  | Welke? |
| Heeft u nu of in het verleden een depressie of een ander psychisch probleem gehad? |  |  | 🞏 depressie 🞏 psychose 🞏 angststoornis 🞏 verslaving 🞏 anders:………………. |
| Bent u ergens allergisch voor? |  |  | 🞏 kippeneiwit 🞏 bij/ wesp 🞏 medicijnen:………… 🞏 anders:……………….  |
| Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed? |  |  | Reden:………………. |
| Heeft u een pacemaker of vaatprothese? |  |  | 🞏 pacemaker 🞏 kunsthartklep 🞏 stent 🞏 anders:………………. |
| Bent u ooit geopereerd? |  |  | Aard operatie(s):…………….. |
| Wordt u bestraald of krijgt u een chemokuur? |  |  | Datum en reden:…………………… |
| Bent u zwanger of van plan dat binnenkort te worden? |  |  | Aantal weken zwanger:…………….. |
| Geeft u borstvoeding? |  |  |  |
| Heeft u geelzucht gehad? |  |  |  |
| Zijn er ooit antistoffen tegen hepatitis A en/ of B bepaald? |  |  |  |
| Heeft u ooit bijwerkingen gehad van vaccinaties? |  |  | Welk vaccin?Welke bijwerking? |
| Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten? |  |  | Welke tabletten?Welke bijwerking? |
| Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad? |  |  | Aard problemen:………….. |

Beantwoord hieronder de vragen over eerdere vaccinaties:

* Heeft u als kind de gebruikelijke vaccinaties gehad? 🞏 ja 🞏 nee 🞏 onbekend
* Bent u in militaire dienst geweest? 🞏 ja 🞏 nee 🞏 n.v.t.

Vul hieronder de data in van eerder bij u gegeven vaccinaties of voeg een kopie van uw vaccinatieboekje bij:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DTP** *(Revaxis)* | Laatst bekende datum  |  |  |
| **Hepatitis A** *(Havrix, Avaxim)* | Datum 1e vacc | Datum 2e vacc |  |
| **Hepatitis B** *(Engerix)* | Datum 1e vacc | Datum 2e vacc | Datum 3e vacc |
| **Hepatitis A + B** *(Twinrix, Ambirix)* | Datum 1e vacc | Datum 2e vacc | Datum 3e vacc (evt) |
| **Typhus** *(Typhim V1, Typherix)* | Laatst bekende datum |  |  |
| **Gele koorts** *(Stamaril)* | Laatst bekende datum |  |  |
| **Rabiës** *(Rabipur, Mérieux)* | Datum 1e vacc | Datum 2e vacc | Datum 3e vacc |
|  |  |  |  |

***In te vullen door reizigersadviseur:*** INITIALEN: DATUM:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DTP | G.K. | Tyfus | Hep A | Hep B | Rabiës | J.E. | Opmerkingen |
| Malaria: |
| Info: | 🞏 SCH | 🞏 TBC | 🞏 NB | 🞏 anti-mug | 🞏 CDZ  | 🞏 anders:…….. |  |
| Folders meegeven: 🞏 ja 🞏 nee |