

REISANAMNESEFORMULIER

Huisarts: _____

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. Gebruik dit formulier **niet** voor meerdere reizigers tegelijk, maar vul per persoon één formulier in.

Naam: <input type="checkbox"/> Dhr. <input type="checkbox"/> Mw.		Voorletters:	Geboortedatum:
Geboorteland:		Datum van immigratie (indien niet geboren in Nederland):	
Straat + huisnr.:		Postcode + Plaats:	
Telefoonnummer:		Gewicht:	Beroep:
Reden van de reis:		<input type="checkbox"/> vakantie <input type="checkbox"/> werk <input type="checkbox"/> familie of vriendenbezoek <input type="checkbox"/> vestiging <input type="checkbox"/> stage <input type="checkbox"/> anders: _____	
Accomodatatie:		<input type="checkbox"/> hotel / pension <input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> camping/tent <input type="checkbox"/> guesthouse/lodge/hut <input type="checkbox"/> bij lokale bevolking <input type="checkbox"/> bij familie/vrienden <input type="checkbox"/> schip <input type="checkbox"/> anders: _____	
Risicovolle activiteiten tijdens de reis:		<input type="checkbox"/> vakantie <input type="checkbox"/> werk <input type="checkbox"/> familie of vriendenbezoek <input type="checkbox"/> vestiging <input type="checkbox"/> stage <input type="checkbox"/> anders: _____	
Reisgezelschap:		<input type="checkbox"/> geen (individueel) <input type="checkbox"/> partner/gezin <input type="checkbox"/> familie/vrienden <input type="checkbox"/> groep <input type="checkbox"/> anders: _____	
Bestemming (land)	Gebied/Regio/Plaatsnamen	Reisdata	Aantal dagen
1:		van _____ tot _____	
2:		van _____ tot _____	
3:		van _____ tot _____	
Medische gegevens		Ja	Nee
Bent u onder behandeling of controle van een arts?			Naam en reden: 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"/> hart- of vaatziekte <input type="checkbox"/> stollingsstoornis <input type="checkbox"/> kanker <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> nierziekte <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> maagdarmsziekte <input type="checkbox"/> anders: _____
Gebruikt u medicijnen of de (anticonceptie) pil?			Welke?
Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of een ander psychisch probleem gehad?			<input type="checkbox"/> depressie <input type="checkbox"/> psychose <input type="checkbox"/> angststoornis <input type="checkbox"/> verslaving <input type="checkbox"/> anders: _____
Bent u ergens allergisch voor?			<input type="checkbox"/> kippeneieren/kippenei-eiwit <input type="checkbox"/> medicijnen <input type="checkbox"/> bijen- of wespengif <input type="checkbox"/> anders: _____
Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed?			Reden:
Heeft u een pacemaker of vaatprothese?			<input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> kunsthartklep <input type="checkbox"/> stent <input type="checkbox"/> anders: _____
Bent u ooit geopereerd?			Aard operatie(s)?:
Wordt u bestraald, krijgt u een chemokuur, of heeft u een van beide ooit ondergaan?			Datum en reden:
Bent u zwanger of van plan dat binnenkort te worden?			Aantal weken zwanger:
Geeft u borstvoeding?			
Heeft u geelzucht gehad of zijn er ooit antistoffen tegen hepatitis A of hepatitis B bepaald?			
Bent u ooit gevaccineerd?			Vaccinatie(s) + datum: <input type="checkbox"/> als kind : _____ <input type="checkbox"/> in militaire dienst: _____ <input type="checkbox"/> i.v.m. een reis : _____ <input type="checkbox"/> anders : _____
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"/> huisuitslag <input type="checkbox"/> anders: _____
Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad?			Aard problemen:
Draagt u contactlenzen?			<input type="checkbox"/> Hard <input type="checkbox"/> Zacht
Zijn er nog andere zaken die u besproken wilt hebben?			Welke?

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld

Datum:

Paraaf reizigersadviseur:

Handtekening: