**INTAKEFORMULIER REIZIGERSADVISERING**

*Voor een goed advies is het belangrijk deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen*

**Persoonsgegevens**

Naam en voorletters: ……………………………………………………………………………………………………………… M / V

Meisjesnaam: ………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………..

Postcode / woonplaats:………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefoonnummer: ……………………………………………………… Werk:……………………………………………………..

Geboortedatum: ……………………………………………………… Geboorteland:………………………………………..

**Reisgegevens**

Vertrekdatum:…………………………………………………….. Totale verblijf in dagen:……………………………….dagen

Vul in welk(e) land(en) en gebied(en) u gaat bezoeken en geef per gebied / regio de verblijfsduur aan.

**Land Gebied / regio Verblijfsdata Aantal dagen**

1:…………………………….. …………………................ van:………………….….tot:……………..…….. …….…….dagen

2:…………………………….. ………………………………… van:……………………..tot:……………………. ……….….dagen

3:…………………………….. ………………………………… van:……………………..tot:……………………. …………..dagen

4:…………………………….. ………………………………… van:……………………..tot:……………………. …………..dagen

5:…………………………….. ………………………………... van:…………………..…tot:……………………. ………..…dagen

U reist: alleen / met partner / met kinderen / met kennissen

Reden reis: vakantie / familiebezoek / tijdelijke vestiging (→ werk/stage:……………………………………)

Heeft u al eens eerder een verre reis gemaakt?

□ nee

□ ja, naar dit land:……………………………………………………………. In (jaartal):…………………………………….………….

Heeft u toen problemen met betrekking tot uw gezondheid ondervonden?

□ nee

□ ja, aard:……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Hoe omschrijft u uw reis:

□ volledig georganiseerd

□ alleen vervoer en verblijf is georganiseerd

□ alleen vervoer is georganiseerd

□ alles zelf geregeld

Verblijfsomstandigheden:

□ hotel / pension □ bij lokale bevolking

□ guesthouse □ bij kennissen / familie

□ camping □ boot

□ appartement □ nog niet bekend

**Vaccinatiegegevens uit het verleden**

Bent u in het verleden gevaccineerd?

□ nee

□ onbekend

□ ja, tegen: □ DTP (jaartal:…..........) □ Hepatitis A (jaartal:………………..)

□ Buiktyfus (jaartal:………..…) □ Hepatitis B (jaartal:………………..)

□ Gele koorts (jaartal:…………..) □ Overig:……………………………………….

Had u complicaties ten gevolge van deze vaccinaties? □ nee

□ ja:………………….……………………………………………

Heeft u een vaccinatieboekje? □ nee

□ ja, deze dan graag mee inleveren

Heeft u eerder malariapillen gebruikt? □ nee

□ ja Lariam / Malarone / Paludrine

**Medische gegevens**

Lijdt u aan een ernstige ziekte?: □ nee

□ ja………………………………………………………………..

Heeft u in het verleden geelzucht gehad? □ nee

□ ja

Is er sprake van een van de volgende punten bij u? □ psychische problemen

□ suikerziekte

□ epilepsie

□ hartzieken

□ hepatitis

□ longziekte

□ maag/darmklachten

□ nierziekte

□ psoriasis

□ stollingsstoornissen

□ is uw milt verwijderd?

□ gebruikt u de pil?

□ zwanger of zwangerschapswens?

□ borstvoeding?

□ overgevoelig voor kippe-eiwit?

□ overgevoelig voor medicatie? Zoja, welke:

…………………………………………………………………

Medicijngebruik, welke medicijnen gebruikt u? (eventueel de naam + dosering erachter vermelden)

□ Prednison ……………………………………………………………………………………………………………

□ Immunosuppresiva ……………………………………………………………………………………………………………

□ Hartmedicatie ……………………………………………………………………………………………………………

□ Maag/darmmedicatie ……………………………………………………………………………………………………………

□ Antistolling ……………………………………………………………………………………………………………

□ Antibiotica ……………………………………………………………………………………………………………

□ Slaapmiddelen ……………………………………………………………………………………………………………

□ Overige ……………………………………………………………………………………………………………

Wie is uw huisarts? …………………………………………………………… gevestigd te:……………………………………………

*Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.*

**Handtekening : Datum:**

……………………………………………………………….. ……………………………………………………………………