

Reisanamnese Formulier

Svp 1 formulier per persoon invullen.

Gaarne de vragenlijst met blokletters zo volledig en duidelijk mogelijk invullen.

Gaarne indien mogelijk uw vaccinatieboekje en reisprogramma meenemen bij uw afspraak.

Naam:
Voorletters:
Geboortedatum:
Geboorteland:
Man/Vrouw:
Datum van immigratie (indien niet in Nederland geboren):
Straat + Huisnummer:
Postcode + Plaats:
Telefoonnummer:
Email:
Beroep:

Reden van reis:	<input type="checkbox"/> vakantie <input type="checkbox"/> vestiging <input type="checkbox"/> anders:	<input type="checkbox"/> werk <input type="checkbox"/> familiebezoek
Accommodatie:	<input type="checkbox"/> hotel/pension <input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> anders:	<input type="checkbox"/> familie/vrienden <input type="checkbox"/> camping/tent <input type="checkbox"/> guesthouse/lodge/hut <input type="checkbox"/> lokale bevolking
Risicovolle activiteiten:	<input type="checkbox"/> verblijf >2500 m hoogte <input type="checkbox"/> omgang met dieren <input type="checkbox"/> medische handelingen	<input type="checkbox"/> sex/tatoeage/piercing <input type="checkbox"/> (water)sport <input type="checkbox"/> anders:
Reisgezelschap:	<input type="checkbox"/> groep <input type="checkbox"/> partner/gezin	<input type="checkbox"/> familie/vrienden <input type="checkbox"/> geen (individuele reis)

Bent u onder behandeling of controle van een arts?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Naam en reden: Is deze op de hoogte van uw reis?	
Lijdt u aan een chronische ziekte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> hart-vaatziekte <input type="checkbox"/> stollingsstoornis <input type="checkbox"/> leverziekte	<input type="checkbox"/> nierziekte <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> maagdarmsziekte <input type="checkbox"/> huidziekte <input type="checkbox"/> anders:
Gebruikt u door een arts voorgeschreven medicijnen (inclusief de anticonceptiepil)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	welke:	
Gebruikt u middelen die u bij drogist of apotheek haalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	welke:	
Heeft u in het verleden een depressieve stoornis, angststoornis of ander psychische ziekte of probleem gehad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> depressie <input type="checkbox"/> psychose <input type="checkbox"/> anders:	<input type="checkbox"/> verslaving <input type="checkbox"/> angststoornis
Bent u ergens allergisch voor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> medicijnen <input type="checkbox"/> kippeneieren/eiwit	<input type="checkbox"/> bijen-wespengif <input type="checkbox"/> anders:
Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	reden:	

Heeft u een pacemaker of vaatprothese?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> kunsthartklep	<input type="checkbox"/> stent <input type="checkbox"/> anders:
Bent u ooit geopereerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	datum en reden:	
Wordt u bestraald, krijgt u een chemokuur of heeft u één van beide ooit ondergaan?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	datum en reden:	
Bent u zwanger of van plan dit binnenkort te worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	aantal weken zwanger:	
Geeft u borstvoeding	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		
Hebt u ooit geelzucht gehad of zijn er ooit antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		
Bent u ooit gevaccineerd?	<input type="checkbox"/> als kind <input type="checkbox"/> in militaire dienst <input type="checkbox"/> ivm een reis <input type="checkbox"/> anders:	datum en vaccinaties:	
Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van vaccinaties, bloedafname of malariatabletten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Welke bijwerking?	<input type="checkbox"/> flauwvallen <input type="checkbox"/> koorts <input type="checkbox"/> huiduitslag <input type="checkbox"/> anders:
		Welk vaccin/malariatabletten:	
Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	aard probleem:	
Heeft u ooit dengue gehad? bewezen met labonderzoek? datum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		
Draagt u contactlenzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> hard	<input type="checkbox"/> zacht
Voelt u zich op de moment ziek of ongelukkig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	aard klachten:	
Heeft u nog andere opmerkingen mbt uw gezondheid?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	opmerkingen:	

Bestemming	Gebied/regio/plaatsen	Reisdata	Aantal dagen
1.		van t/m	
2.		van t/m	
3.		van t/m	
4.		van t/m	
5.		van t/m	
6.		van t/m	
7.		van t/m	
8.		van t/m	

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:

Handtekening:

Paraaf reisadviseur:

