

# Intake-formulier reiziger

Vul voor een optimaal advies dit formulier zo volledig mogelijk in. Zet alleen een vinkje indien van toepassing. Aan reisvaccinaties zijn kosten verbonden. De assistente kan u hier alles over vertellen.

LET OP: het formulier bestaat uit een voor en achterzijde.

## UW GEGEVENS

Naam:	Voorletters:	m/v	Geboortedatum: ____/____/____
Geboorteland:	Datum van immigratie (indien niet geboren in Ned): ____/____/____		
Adres:	Postcode:	Woonplaats:	
Telefoon:	Mobiel: 06-	BSN:	
Beroep:	Gewicht:           kg	Vertrekdatum reis: ____/____/____	

## DE REIS

Land van bestemming:	Gebied/regio/plaatsnamen:	Duur:	Aantal dagen
1.		van           t/m	
2.		van           t/m	
3.		van           t/m	
4.		van           t/m	

**Wilt u zo vriendelijk zijn een kaartje toe te voegen als u een rondreis maakt of meerdere gebieden bezoekt.**

Reden reis:	<input type="checkbox"/> vakantie	<input type="checkbox"/> bezoek familie/kennissen	<input type="checkbox"/> migratie	<input type="checkbox"/> werk/stage, als:
	<input type="checkbox"/> anders:			
Reisgezelschap:	<input type="checkbox"/> individueel	<input type="checkbox"/> familie/vrienden	<input type="checkbox"/> groep	
	<input type="checkbox"/> partner/gezin	<input type="checkbox"/> volledig georganiseerd	Ja/Nee <input type="checkbox"/> anders:	
Accommodatie:	<input type="checkbox"/> appartement	<input type="checkbox"/> hotel	<input type="checkbox"/> camping	<input type="checkbox"/> lokale bevolking
	<input type="checkbox"/> guesthouse/lodge/hut	<input type="checkbox"/> familie /kennissen	<input type="checkbox"/> schip	
(Risicovolle) activiteiten:	<input type="checkbox"/> verblijf op hoogte (>2500m)	<input type="checkbox"/> omgang dieren	<input type="checkbox"/> medische (be)handeling	
	<input type="checkbox"/> seks, tatoeage of piercing	<input type="checkbox"/> (water) sport	<input type="checkbox"/> anders:	

## EERDERE REIZEN EN VACCINATIES

Bent u eerder gevaccineerd?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> als kind	<input type="checkbox"/> in militaire dienst	<input type="checkbox"/> i.v.m. reis
	<input type="checkbox"/> weet niet				
	zo ja:		naam vaccin:	datum vaccinatie:	
			<input type="checkbox"/>	____/____/____	
			<input type="checkbox"/>	____/____/____	
			<input type="checkbox"/>	____/____/____	
Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> vaccin:		
			<input type="checkbox"/> flauwvallen	<input type="checkbox"/> koorts	<input type="checkbox"/> huiduitslag
			<input type="checkbox"/> anders:		
Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> namelijk:		
Heeft u ooit gezondheidsproblemen gehad op reis?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> namelijk:		

Paraaf reiziger: .....

**Z.o.z. voor het vervolg van het intake-formulier**

## Vervolg intake-formulier reiziger

<b>Naam:</b>		<b>Geboortedatum:</b> ____/____/____				
<b>MEDISCHE GEGEVENS</b>						
Bent u onder behandeling of controle van een arts ?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> reden: <input type="checkbox"/> arts:			
Lijdt u aan een (chronische) ziekte?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> suikerziekte	<input type="checkbox"/> maagdarmziekte	<input type="checkbox"/> leverziekte	
			<input type="checkbox"/> stollingsziekte	<input type="checkbox"/> hart-of vaatziekte	<input type="checkbox"/> epilepsie	
			<input type="checkbox"/> nierziekte	<input type="checkbox"/> afweerstoornis	<input type="checkbox"/> hiv/AIDS	
			<input type="checkbox"/> miltziekte	<input type="checkbox"/> thymusziekte	<input type="checkbox"/> kanker	<input type="checkbox"/> psoriasis
			<input type="checkbox"/> anders:			
Bent u ergens allergisch voor?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> kippenei(-eiwit) <input type="checkbox"/> medicijnen: <input type="checkbox"/> anders:			
Heeft u ooit hepatitis A of B (geelzucht) gehad?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> geel zien	<input type="checkbox"/> antistoffentest
Heeft u nu of vroeger psychische problemen (gehad)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> depressie	<input type="checkbox"/> angststoornis	<input type="checkbox"/> psychose	
			<input type="checkbox"/> verslaving	<input type="checkbox"/> anders:		
Gebruikt u medicijnen en/of de (anticonceptie)pil?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> antistolling	<input type="checkbox"/> antibioticum	<input type="checkbox"/> maagzuurremmer	
			<input type="checkbox"/> hivremmer	<input type="checkbox"/> afweerremmer	<input type="checkbox"/> anticonceptiepil	
Bent u ooit bestraald en/of heeft u chemokuren gehad?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> namelijk:			
Bent u ooit geopereerd?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> maag	<input type="checkbox"/> darm	<input type="checkbox"/> milt	<input type="checkbox"/> anders
Heeft u een pacemaker, vaatprothese of hartklepprothese?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> pacemaker	<input type="checkbox"/> vaatprothese	<input type="checkbox"/> hartklepprothese	
Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weet niet	<input type="checkbox"/> aantal weken zwanger:		
Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> laatste menstruatie: ____/____/____			
Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja				
Draagt u contactlenzen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> hard			<input type="checkbox"/> zacht
Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> namelijk:			
Zijn er nog andere zaken die u wilt bespreken?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> namelijk:			

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld

Datum:..... Naam:..... Handtekening: .....

*U kunt dit formulier inleveren bij de huisartsenpraktijk en een werkdag later bellen voor het advies en indien van toepassing een afspraak voor de vaccinaties.*