

Reizigersanamnese

Kosten: €60,87 per persoon. Indien voor heel gezin dan kinderen **tot 18 jaar €30,44**.

Voor een goed advies, is het belangrijk dat u deze vragenlijst zo volledig mogelijk invult. Vul één formulier per persoon in. Lever het formulier in bij de balie van de huisartsenpraktijk samen met uw **vaccinatieboekje en reisprogramma** (indien mogelijk).

Wij nemen uw aanvraag in behandeling, nadat u het ingevulde formulier heeft ingeleverd en het verschuldigde bedrag heeft afgerekend (contant of PIN). Voor dit bedrag krijgt u: een persoonlijk reizigersadvies met uitgebreid folder materiaal, een recept voor vaccin, het vaccin toegediend door de assistente, uw vaccinatieboekje ingevuld en vervolg consulten voor vaccinaties (binnen de adviesperiode). De kosten voor de vaccins moet u bij de apotheek afrekenen. Veel zorgverzekeraars vergoeden een gedeelte van de kosten, informeer hiernaar bij uw eigen zorgverzekeraar.

Uw gegevens	
Naam:	Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Voorletters:	Gewicht:
Adres:	Beroep:
Postcode:	Geboortedatum:
Woonplaats:	Geboorteland:
Telefoonnummer:	Datum immigratie: (indien niet in NL geboren)

Bestemming (Land)	Gebied/Regio/Plaatsnamen	Reisdata	Aantal dagen
1.		Van t/m	
2.		Van t/m	
3.		Van t/m	

Reden van de reis

- familie- en of vriendenbezoek
- vakantie
- vestiging
- werk
- anders, namelijk:

Accommodatie

- hotel/pension
- bij lokale bevolking
- appartement
- bij familie/vrienden
- camping/tent
- guesthouse/lodge/hut
- schip
- anders, namelijk:

Risicovolle activiteiten tijdens de reis

- verblijf boven de 2500 meter hoogte
- seks, tatoeage of piercing
- omgang met dieren
- medische handelingen
- (water)sport
- anders, namelijk:

Reisgezelschap

- geen (individuele reis)
- partner/gezin
- familie/vrienden
- groep

Medische gegevens	Ja	Nee	Toelichting
Bent u onder behandeling of onder controle van een arts? Naam en reden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> hart-of vaatziekte <input type="checkbox"/> maag-darm <input type="checkbox"/> stollingsstoornis <input type="checkbox"/> HIV/aids <input type="checkbox"/> nierziekte <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> anders:
Gebruikt u medicijnen of de anticonceptie pil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welke:
Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of een ander psychisch probleem gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> depressie <input type="checkbox"/> psychose <input type="checkbox"/> verslaving <input type="checkbox"/> angststoornis <input type="checkbox"/> anders:
Bent u ergens allergisch voor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kippeneieren/kippeneiwit <input type="checkbox"/> medicijnen <input type="checkbox"/> bijen- of wespengif <input type="checkbox"/> anders:
Is uw milt verwijderd of werkt deze minder goed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reden:
Heeft u een pacemaker of vaatprothese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> kunsthartklep <input type="checkbox"/> stent <input type="checkbox"/> anders:
Bent u ooit geopereerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aard operatie(s):
Wordt u bestraald, krijgt u chemokuur of heeft u één van beide ooit ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum en reden:
Bent u zwanger of van plan dat binnenkort te worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aantal weken zwanger:
Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u geelzucht gehad of zijn er ooit antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bent u ooit gevaccineerd? Vaccinatie(s) + datum: <input type="checkbox"/> Ik heb zelf een vaccinatieboekje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welk vaccin/welke malariatabletten? Welke bijwerking? <input type="checkbox"/> flauwvallen <input type="checkbox"/> koorts <input type="checkbox"/> huiduitslag <input type="checkbox"/> anders:
Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aard problemen:
Draagt u contactlenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Voelt u zich op dit moment ziek of ongelukkig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aard klachten:

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:

Handtekening:

Paraaf reizigersadviseur: