



Persoonsgegevens

Achternaam:..... Voorletters:..... M/V
Geboortedatum:..... Geboorteland:.....
Adres:.....
Postcode:..... Woonplaats:.....
Telefoon privé:..... Mobiel:.....

Reden van de reis (aankruisen wat van toepassing is)

- vakantie zakelijk
 familiebezoek werk/stage als

Verblijfsomstandigheden

- hotel/appartement familie/kennissen
 camping schip
 lokale bevolking overige

Wat voor type reis gaat u maken? (meer dan 1 antwoord mogelijk)

- Rustige vakantie
U gaat naar strand of zwembad. Lekker lui in de zon. U bezoekt markt of museum.
- Sportieve vakantie
U wilt iets van het land zien. U gaat mee op excursie, wandeltocht of safari.
- Avontuurlijke vakantie
U gaat raften in een rivier, diepzee duiken, bergbeklimmen, mountainbiken.

Reisgegevens

Vertrekdatum eerstkomende reis:.....
Bestemming 1:..... *)verblijfsduur:.....aantal overnachtingen
Bestemming 2:..... *)verblijfsduur:.....aantal overnachtingen
Bestemming 3:..... *)verblijfsduur:.....aantal overnachtingen
Bij meerdere bestemmingen/rondreis s.v.p. apart vermelden

Vaccinatiegegevens

Heeft u als kind het Rijksvaccinatieprogramma doorlopen? ja nee
Heeft u een (geel) vaccinatieboekje? Indien ja, graag meenemen. ja nee
Heeft u eerdere vaccinaties gehad voor reizen of beroep? ja nee
Indien ja, welke:.....

Medische gegevens

Bent u onder medische behandeling of controle van een arts?	<input type="radio"/> ja, naam:..... reden:.....	<input type="radio"/> nee	
Gebruikt u medicijnen?	<input type="radio"/> ja, welke:.....	<input type="radio"/> nee	
Gebruikt u de (anticonceptie) pil?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	<input type="radio"/> n.v.t.
Bent u in verwachting?	<input type="radio"/> ja, zwangerschapsduur:.....	<input type="radio"/> nee	
Bent u van plan dit op kort termijn te worden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
Geeft u borstvoeding?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
Bent u ergens allergisch voor?	<input type="radio"/> ja, voor:.....	<input type="radio"/> nee	
Kippeneieren?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
Medicijnen?	<input type="radio"/> ja welke:.....	<input type="radio"/> nee	
Bent u ooit geopereerd?	<input type="radio"/> ja, aard:.....	<input type="radio"/> nee	
Is uw milt weggehaald of werkt uw milt minder goed?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
Heeft u een aandoening waardoor u een verminderde afweer tegen infecties heeft?	<input type="radio"/> ja, aard:.....	<input type="radio"/> nee	
Heeft u de laatste jaren chemokuren gehad of bent u ooit bestraald?	<input type="radio"/> ja, reden:.....	<input type="radio"/> nee	
Lijdt u aan suikerziekte/psoriasis/epilepsie/een nierziekte/een leverziekte?	<input type="radio"/> ja, aard:.....	<input type="radio"/> nee	
Heeft u een maag-of darmaandoening?	<input type="radio"/> ja, aard:.....	<input type="radio"/> nee	
Heeft u een vaatprothese of pacemaker?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
Heeft u een verminderde bloedstolling of gebruikt u bloedverdunners?	<input type="radio"/> ja, welke:..... <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> nee	
Heeft u nu of in het verleden een depressie of andere psychische problemen gehad?	<input type="radio"/> ja, welke:.....	<input type="radio"/> nee	
Heeft u geelzucht gehad of zijn ooit antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
Heeft u ooit klachten gehad van inenting en/of malariatabletten?	<input type="radio"/> ja, vaccin:..... welke malariatabletten.....	<input type="radio"/> nee	
Bent u ooit flauwgevallen tijdens of na een injectie of bloedafname?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
Bent u in militaire dienst geweest?	<input type="radio"/> ja, jaar:.....	<input type="radio"/> nee	

Datum:

Paraaf intaker:

Handtekening cliënt:

Stempel huisartsenpraktijk:

DTP	hepatitis A
buiktyfus	hepatitis B
BMR	y-globuline
BCG	gelekoorts
Rabiës	FSME