

REISANAMNESE

Voor een goed advies is het belangrijk deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen.
Gebruik voor iedere afzonderlijke reiziger een apart formulier!

Persoonsgegevens

Naam: Dhr. Mw.
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Tel. nr. (werk/prive)
Geboortedatum:
Beroep: Geboorteland:

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

Reden reis: vakantie / familiebezoek / zakenreis / tijdelijke vestiging*
werk als / stage als

Heeft u al eens eerder een verre reis gemaakt?

- Ja, voor het laatst in naar welk(e) land(en)*
- Nee

Heeft u toen problemen met betrekking tot uw gezondheid ondervonden?

- Ja, aard
- Nee

Reisgegevens

Vertrekdatum: Totale verblijfsduur in dagen:

Vul in welk(e) land(en)* en gebieden u achtereenvolgens bezoekt (inclusief tussenstops) en geef per gebied/regio de verblijfsduur aan.

	Land	Gebied/regio	Verblijfsdata		Aantal dagen
1.	van:	tot:
2.	van:	tot:
3.	van:	tot:
4.	van:	tot:
5.	van:	tot:

Hoe omschrijft u uw reis?:

- volledig georganiseerd
- alleen vervoer + verblijf is georganiseerd
- alleen vervoer is georganiseerd
- alles zelf georganiseerd

Verblijfsomstandigheden

- Hotel/pension
- Guesthouse
- Appartement
- Camping
- Bij kennissen/familie
- Bij lokale bevolking
- Boot
- Nog niet bekend

Medische gegevens

Bent u in het verleden gevaccineerd:

- Nee/onbekend*
- Ja, tegen:

*Jaartal laatste vaccinatie**

- DTP
- Buiktyfus
- Hepatitis A (vaccin)
- Hepatitis B
- BMR
- Overige:

(* zie vaccinatieboekje)

Heeft u een internationaal vaccinatiebewijs?

Ja/nee*

Complicaties ten gevolge van eerdere vaccinaties:

Ja/nee*, indien ja, welke

Medische behandeling in de afgelopen 12 maanden:

Ja/nee*, indien ja, welke

Ernstige ziekte(n):

Ja/nee*, indien ja, welke

Depressie / psychische problemen:

Ja/nee*, indien ja, aard

Medicijngebruik:

- Prednison
- Immunosuppressiva
- Hart
- Maag/darm
- Anti-stolling
- Antibiotica
- Slaapmiddelen
- Overige:

Behandeling arts/specialist

Ja/nee*, indien ja, waarvoor

Is deze op de hoogte gebracht van uw reisplannen:

Ja/nee*

Zwangerschap/zwangerschapswens:

Ja/nee/onbekend* duur

Anticonceptie:

Ja/nee*

Contactlenzen:

Ja/nee*

Transplantatie ondergaan:

Ja/nee*

Miltverwijdering ondergaan:

Ja/nee*

Maag- of darmklachten:

Ja/nee*

Suikerziekte/ nierziekte/ psoriasis/ epilepsie*:

Ja/nee*

Hepatitis A: bloedonderzoek op antilichamen gehad:

Ja/nee*

Overgevoelig voor bepaalde geneesmiddelen:

Ja/nee*, indien ja, welke

Overgevoelig voor kippeneiwit:

Ja/nee*

Welke bloedgroep heeft u:

.....

Ondertekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Handtekening cliënt:

Datum:

.....

.....

(*doorhalen wat niet van toepassing is