Travel Health Clinic

Centrum voor reizigersinformatie en vaccinaties

☎0900-290 49 00

INTAKE-FORMULIER REIZIGER

Vul voor een optimaal advies dit formulier zo volledig mogelijk in. Zet alleen een vinkje indien van toepassing.

Naam: …… Voorletters: ……m / v Geboortedatum: ……/……/……..……

Geboorteland/opgegroeid in: …… In Nederland sinds: ……/……/……

Adres: …… Postcode: …….. Woonplaats: …….....

E-mail: ..…… Telefoon: …… BSN:……..

Beroep: …… Gewicht: ……..kg Vertrekdatum reis: ……/……/……

Land van bestemming:	Gebied/ plaats:	Duur:	Land van bestemming:	Gebied/ plaats:	Duur:
1.			3.		
2.			4.		

Reden reis: ☐ vakantie ☐ bezoek familie/ kennissen ☐ migratie ☐ werk/ stage, als:……

Reisgezelschap: ☐ individueel ☐ partner/ gezin ☐ Anders:……..

Accommodatie: ☐ hotel ☐ appartement ☐ camping ☐ schip ☐ familie/ kennissen ☐ lokale bevolking ☐:…….

Activiteiten: ☐ verblijf op hoogte (>2500 m) ☐ omgang dieren ☐ medisch handelen ☐:……

Bent u eerder gevaccineerd? ☐nee ☐ja ☐weet niet ☐ als kind ☐ tetanusinjectie ☐ i.v.m. reis

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie? ☐nee ☐ja Vaccin + datum:……

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten? ☐nee ☐ja

Bent u ergens allergisch voor? ☐nee ☐ja ☐ kippenei(-eiwit) ☐ medicijnen:...……..
……

Bent u onder behandeling of controle van een arts? ☐nee ☐ja Reden:……
Arts:……

Heeft u één van de volgende ziektes (gehad)? ☐nee ☐ja ☐suikerziekte ☐maagdarmziekte ☐leverziekte ☐nierziekte ☐hart- of vaatziekte ☐epilepsie ☐stollingsziekte ☐afweerstoornis ☐hiv/AIDS ☐miltziekte ☐thymusziekte ☐kanker ☐psoriasis ☐anders:……

Heeft u ooit hepatitis A of B (geelzucht) gehad? ☐nee ☐ja ☐A ☐B ; ☐geel zien ☐antistoffentest

Heeft u ooit mazelen gehad? ☐nee ☐ja ...……

Heeft u nu of vroeger psychische problemen (gehad)? ☐nee ☐ja ☐depressie ☐angststoornis ☐psychose ☐anders:……

Gebruikt u medicijnen en/ of de (anticonceptie)pil? ☐nee ☐ja ☐maagzuurremmer ☐antibioticum ☐hivremmer
(Ook middelen niet voorgeschreven door een arts) ☐afweerremmer ☐antistolling ☐anticonceptiepil
……...……

Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad? ☐nee ☐ja ……

Bent u ooit geopereerd? ☐nee ☐ja ☐maag ☐darm ☐milt ☐anders:……..

Heeft u een vaatprothese of hartklepprothese? ☐nee ☐ja ☐vaatprothese ☐hartklepprothese

Bent u zwanger? ☐nee ☐ja ☐weet niet Duur:……....

Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden? ☐nee ☐ja Laatste menstruatie:……

Geeft u borstvoeding? ☐nee ☐ja ……

Heeft u ooit gezondheidsproblemen gehad op reis? ☐nee ☐ja ……

Zijn er nog andere zaken die u wilt bespreken? ☐nee ☐ja ……

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum: ……/……/…… Handtekening:…… Paraaf reizigersadviseur:.....
(Handtekening cliënt bij weigeren/ niet opvolgen specifiek advies: ……)