



INTAKEFORMULIER REIZIGER

Vul voor een optimaal advies dit formulier zo volledig mogelijk in.

PERSOONSgegevens

Naam:	E-mailadres:
Voorletters: <input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> v	Telefoonnummer:
Adres:	BSN:
Postcode/plaats:	Vertrekdatum reis:
Geboortedatum:	Reisland:
Geboorteland:	Reisduur:

ALGEMEEN

Bent u onder behandeling of controle bij een arts?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	Wie:
Bent u ergens allergisch voor?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> kippenei(-wit) <input type="checkbox"/> medicijnen <input type="checkbox"/> anders nl.
Lijdt u aan één van de volgende ziektes?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> reuma <input type="checkbox"/> leverziekte <input type="checkbox"/> nierziekte <input type="checkbox"/> hart- of vaatziekte <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> HIV/aids <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> thymusziekte <input type="checkbox"/> kanker <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> overige
Heeft u een maag-of darmaandoening gehad?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	Welke?
Bent u onlangs of wordt u binnenkort geopereerd?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
Heeft u een vaat- of hartkleprothese of pacemaker?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
Heeft u verminderde afweer tegen ziektes? Waardoor?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
Heeft u een gestoorde bloedstolling en/of gebruikt u bloedverdunners?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	Welke? INR:
Is uw milt verwijderd of werkt deze minder goed?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
Heeft u Hepatitis A gehad (geelzucht)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	Indien ja, wanneer:
Heeft u recent chemotherapie gehad of bent u (recent) bestraald (radiotherapie)?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	Welke:
Lijdt/leed u aan psychische problemen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	Welke:
Heeft u eerder vaccinaties gehad? Kindervaccinaties/Reisvaccinaties/Tetanus/BMR?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
Heeft u ooit problemen gehad na vaccinatie? Flauwvallen/bijwerkingen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	

(Ga naar pag.2)



Gaat u deze reis duiken/fietsen/op hoogte verblijven/medisch handelen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	Wat:
Heeft u ooit mazelen gehad?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
Voelt u zich op dit moment gezond?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
Zijn er nog andere zaken die u wenst te bespreken?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
Wat is uw gewicht?	 kg

ALLEEN VOOR VROUWELIJKE CLIËNTEN

Bent u zwanger of wilt u dit op korte termijn worden?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	Indien ja, duur:
Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	

NB. Uw gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld conform privacywetgeving, en niet aan derden verstrekt!
Volgens wetgeving is deze gezondheidsverklaring 1 maand geldig.

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum: / /

Handtekening:

(handtekening ouder/verzorger indien reiziger jonger is dan 16 jaar)

Paraaf reizigersadviseur: