

INTAKE-FORMULIER REIZIGER

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

NAAM		VOORLETTERS	GESLACHT	
			<input type="checkbox"/> MAN <input type="checkbox"/> VROUW	
GEBOORTEDATUM	GEBOORTELAND / OPGEGROEID IN		IN NEDERLAND SINDS	
ADRES		POSTCODE	PLAATS	
E-MAIL		TELEFOON		
BURGERSERVICENUMMER (BSN)		BEROEP		
GEWICHT	VERTREKDATUM REIS	OPMERKINGEN I.V.M. UW REIS		
KG				
LAND VAN BESTEMMING		GEBIED / PLAATS	DUUR	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
REDEN VAN REIS				
<input type="checkbox"/> VAKANTIE <input type="checkbox"/> BEZOEK FAMILIE / KENNISSEN <input type="checkbox"/> MIGRATIE <input type="checkbox"/> WERK / STAGE, ALS:				
REISGEZELSCHAP				
<input type="checkbox"/> INDIVIDUEEL <input type="checkbox"/> PARTNER / GEZIEN <input type="checkbox"/> ANDERS:				

ACCOMMODATIE

- HOTEL CAMPING APPARTEMENT SCHIP FAMILIE / KENNISSEN
 LOKALE BEVOLKING ANDERS:

ACTIVITEITEN

- VERBLIJF OP HOOGTE (>2500m) ONGANG DIEREN MEDISCH HANDELEN ANDERS:

HEEFT U ALS KIND AL UW VACCINATIES VOLGENS HET RIJKSVACCINATIEPROGRAMMA GEHAD?

- NEE JA

INDIEN NEE, GRAAG OPGEVEN WELKE NIET:

WAARVOOR:

WANNEER:

AANTAL INJECTIES:

HEEFT U DAARNAAST NOG ANDERE VACCINATIES GEHAD (BIJV. I.V.M. WERK, STAGE OF REIZEN)?

- NEE JA

INDIEN JA, GRAAG OPGEVEN ONDERSTAANDE INFORMATIE INVULLEN:

WAARVOOR:

WELKE INJECTIES:

WANNEER:

AANTAL INJECTIES:

HEEFT U OOIIT BIJWERKINGEN GEHAD VAN EEN VACCINATIE?

- NEE JA, VACCIN EN DATUM:

HEEFT U OOIIT BIJWERKINGEN GEHAD VAN MALARIA TABLETTEN?

- NEE JA, WELKE:

BENT U ERGENS ALLERGISCH VOOR?

- NEE JA, KIPPENEI (-EIWIT) MEDICIJNEN:

BENT U ONDER BEHANDELING VAN EEN ARTS?

- NEE JA, REDEN:

ARTS:

HEEFT U EEN VAN DE VOLGENDE ZIEKTES (GEHAD)?

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> JA, | <input type="checkbox"/> LEVERZIEKTE | <input type="checkbox"/> NIERZIEKTE |
| <input type="checkbox"/> SUIKERZIEKTE | <input type="checkbox"/> MAAG-/DARMZIEKTE | <input type="checkbox"/> AFWEERSTOORNIS | <input type="checkbox"/> HART- OF VAATZIEKTE |
| <input type="checkbox"/> EPILEPSIE | <input type="checkbox"/> STOLLINGSZIEKTE | <input type="checkbox"/> THYMUSZIEKTE | <input type="checkbox"/> KANKER |
| <input type="checkbox"/> HIV / aids | <input type="checkbox"/> MILTZIEKTE | | |
| <input type="checkbox"/> PSORIASIS | <input type="checkbox"/> ANDERS: | | |

HEEFT U OOIIT HEPATITIS A OF B GEHAD?

- NEE JA, A B GEEL ZIEN ANTISTOFFENTEST

HEEFT U NU OF VROEGER PSYCHISCHE PROBLEMEN (GEHAD)?

- NEE JA, DEPRESSIE ANGSTSTOORNIS PSYCHOSE ANDERS:

GEBRUIKT U MEDICIJNEN EN/OF (ANTICONCEPTIE-)PIL?

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> JA, | <input type="checkbox"/> HIVREMMER |
| <input type="checkbox"/> MAAGZUURREMMER | <input type="checkbox"/> ANTIBIOTICUM | <input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIEPIL |
| <input type="checkbox"/> AFWEERREMMER | <input type="checkbox"/> ANTISTOLLING | |

BENT U OOIIT BESTRAALD OF HEEFT U CHEMOKUREN GEHAD?

- NEE JA:

BENT U OOIIT GEOPEREERD?

- NEE JA, MAAG DARM MILT ANDERS:

HEEFT U EEN VAAT- OF HARTKLEPPROTHESE?

- NEE JA, VAATPROTHESE HARTKLEPPROTHESE

BENT U ZWANGER?

- NEE WEET NIET JA, 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, NAMELIJK:

ZIJN ER NOG ANDERE ZAKEN DIE U WILT BESPREKEN?

NEE JA, NAMELIJK:

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Plaats en datum:

Naam en handtekening:

Paraaf reizigersadviseur:

Handtekening cliënt bij weigeren/niet opvolgen specifiek advies: