

Intake formulier Reisadvies

Personalia (per persoon 1 formulier)

Naam:

Geboorte datum

Adres

Tel:

Email adres

De Reis:

1) Bestemming: zo specifiek mogelijk: land, regio, stad en verblijfsduur

2) Datum vertrek en terugkomst

3) Is een van de volgende zaken voor u van toepassing:

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|
| a. Verblijf anders dan in een hotel (specificeer) | ☐ ja | ☐ nee |
| b. U gaat naar een gebied waar malaria voorkomt | ☐ ja | ☐ nee |
| c. U gaat naar een gebied waar gele koorts voorkomt | ☐ ja | ☐ nee |
| d. Activiteiten: gaat u: | | |
| i. Hardlopen | ☐ ja | ☐ nee |
| ii. Fietsen/ wielrennen/mountainbiken | ☐ ja | ☐ nee |
| iii. Duiken | ☐ ja | ☐ nee |
| iv. Klimmen, verblijf > 2500 m | ☐ ja | ☐ nee |

Uzelf

4) Bent u ooit eerder gevaccineerd en wanneer:

- | | | | |
|------------------|---------------------------|--------------------------|--------|
| a. DTP | ☐ Nee | ☐ Ja | Datum: |
| b. Hepatitis A | ☐ Nee | ☐ Ja | Datum: |
| c. Hepatitis B | ☐ Nee | ☐ Ja | Datum: |
| d. Hepatitis A+B | ☐ Nee | ☐ Ja | Datum: |
| e. Gele Koorts | ☐ Nee | ☐ Ja | Datum: |

Vervolg intake formulier Reisadvies

5) Is een van de volgende condities op u van toepassing

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|
| a. Jonger dan 10 jaar of ouder dan 60 | ☐ ja | ☐ nee |
| b. Zwanger, of wens op vakantie zwanger te worden | ☐ ja | ☐ nee |
| c. Chronische ziekte als | | |
| i. Suikerziekte | ☐ ja | ☐ nee |
| ii. Hart of vaatpatient | ☐ ja | ☐ nee |
| iii. Longpatient | ☐ ja | ☐ nee |
| iv. Reumapatient | ☐ ja | ☐ nee |
| v. Ander | ☐ ja | ☐ nee |
| d. Afweerstoornis | | |
| i. Geen milt meer | ☐ ja | ☐ nee |
| ii. Chronisch gebruik van prednison(>7,5 mg/dag) | ☐ ja | ☐ nee |
| iii. Behandeld voor kanker (nu of in verleden) | ☐ ja | ☐ nee |
| iv. HIV/aids | ☐ ja | ☐ nee |
| v. Ander | ☐ ja | ☐ nee |
| e. Stollingsstoornis | ☐ ja | ☐ nee |
| f. Gebruik van een van de volgende medicijnen | | |
| i. Maagzuurremmers | ☐ ja | ☐ nee |
| ii. Antibioticum | ☐ ja | ☐ nee |
| iii. Antidepressiva | ☐ ja | ☐ nee |
| iv. Ander | | |
| g. Ooit een nare reactie gehad na een vaccinatie of gebruik van antimalariapillen | ☐ ja | ☐ nee |

Naar waarheid ingevuld:

Datum:

Plaats:

Handtekening: