

Naam _____ Voorletters _____ m / v Geboortedatum _____
 Geboorteland/opgegroeid in _____ In Nederland sinds _____
 Adres _____ Postcode _____ Woonplaats _____
 E-mail _____ Telefoon _____ BSN _____
 Beroep _____ Gewicht _____ kg Vertrekdatum reis _____

Land(en) van bestemming	Gebied/plaats	Duur
1. _____	2. _____	3. _____
Reden 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/gezin <input type="checkbox"/> anders _____		
Accommodatie <input type="checkbox"/> hotel <input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> camping <input type="checkbox"/> schip <input type="checkbox"/> familie/kennissen <input type="checkbox"/> lokale bevolking		
Activiteiten <input type="checkbox"/> verblijf op hoogte (>2.500 m) <input type="checkbox"/> omgang dieren <input type="checkbox"/> medisch handelen _____		

Bent u eerder gevaccineerd? nee ja als kind in militaire dienst i.v.m. reis
 weet niet

Bent u onder behandeling of controle van een arts? nee ja reden _____
 naam specialist _____

Gebruikt u medicijnen en/of de (anticonceptie)pil? nee ja bloedverdunners maagzuurremmer hiv remmer
 Ook middelen niet voorgeschreven door een arts noteren anders _____

Bent u ergens allergisch voor? nee ja kippenei(-eiwit) antibiotica

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 _____
 reuma

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

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

Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad? nee ja jaartal _____

Bent u ooit geopereerd? nee ja milt maag darm
 anders _____

Heeft u een vaatprothese of hartkleprothese? nee ja vaatprothese hartkleprothese

Bent u zwanger? nee ja weet niet duur _____

Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden? nee ja datum laatste menstruatie _____

Geeft u borstvoeding? nee ja

Heeft u ooit gezondheidsproblemen gehad op reis? nee ja

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie? nee ja vaccin+datum _____

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten? nee ja

Bent u in het verleden na vaccinatie wel eens flauwgevallen? 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 _____