

Intakeformulier (gezondheidsverklaring, anamnese)

Uw reizigersadviseur is Huisarts F. Mulling, Spoorallee 26 6921 HZ Duiven 0316 264475

Intake formulier Reisadvies

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

Uw Huisarts is: _____

Persoonlijke gegevens

Naam : _____

Voorletters : _____

Geslacht : m / v

Geboortedatum : ____/____/____

BSN : _____

Adres : _____

Postcode : _____ Woonplaats: _____

Geboorteland/ opgegroeid in: _____

In Nederland sinds ____/____/____

E-mail : _____

Telefoon : _____

Beroep : _____

Gewicht : _____ kg

Vertrekdatum reis: ____/____/____

Land van bestemming: _____

Land/ gebied/ plaats: _____

Duur: Land(en) van bestemming: Gebied/ plaats en duur van verblijf invullen

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 anders _____

welke activiteiten: klimmen, verblijf op hoogte (>2500 m) omgang dieren medisch
handelen hardlopen fietsen/mountainbiken/wielrennen Duiken
 anders: _____

Gaat u naar een gebied waar malaria voorkomt? nee ja

Gaat u naar een gebied waar gele koorts voorkomt? nee ja

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

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie?

nee ja welk Vaccin +

datum: _____

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten?

nee ja, welke _____

Bent u ergens allergisch voor?

nee ja, kippenei(-eiwit) anders nl _____

gebruikt u medicijnen nee ja welke _____

Bent u onder behandeling of controle van een arts?

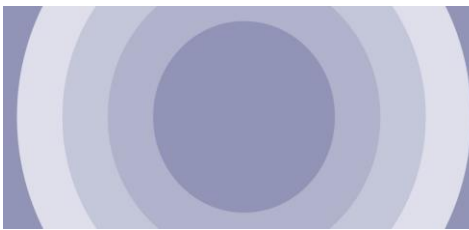
nee ja, reden: _____

Behandeld 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
(klier in de borstkas) kanker psoriasis

anders: _____



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: _____

Gebruikt u medicijnen en/ of de (anticonceptie)pil?

nee ja, maagzuurremmer antibioticum hivremmer afweerremmer antistolling
anticonceptiepil

Middelen niet voorgeschreven door een arts; _____

Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad?

nee ja, periode _____

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, Duur _____ weet niet

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/ naam en naam reizigersadviseur:

Handtekening bij weigeren/ niet opvolgen specifiek advies:
