**REISANAMNESEFORMULIER**

*Om u optimaal te kunnen adviseren, is het van belang dat u deze vragenlijst zo volledig mogelijk invult. Neem indien mogelijk uw vaccinatieboekje en reisprogramma mee. Gebruik dit formulier niet voor meerdere reizigers tegelijk, maar vul per persoon een apart formulier in.*

|  |  |
| --- | --- |
|  □ dhr. □ mw. Voorletter(s) ……………………………. | Naam: …………………………………………………………………………………….. |
| Geboortedatum: …………………………………………. | Burger Service Nummer: ……………………………………………………………..… |
| Geboorteland: ……………………………………………. | Datum van immigratie (indien niet geboren in NL): ………………………………..…  |
| Straat+huisnr.: ……………………………………………. | Postcode + woonplaats: ………………………………………………………………… |
| Telefoonnummer: ………………………………………… | Gewicht: ……………… Beroep: ………………………………………………………… |

E-mail: ……………………………………………………..

**Reden van de reis:** O Vakantie O Werk ………………………. O familie- of vriendenbezoek .

 O Vestiging O stage ……………………… O anders: ……………………………………….……………

**Accommodatie:** O hotel/pension O Appartement O camping/tent O guesthouse/lodge/hut

 O bij lokale bevolking O Bij familie/vrienden O (cruise)schip O anders: …………………

**Risicovolle activiteiten** O verblijf > 2500m hoogte O omgang met dieren O (water)sport ……………..…………

**tijdens de reis:** O seks/tatoeage of piercing O medische (be)handelingen O anders ……………………………………………..….. ….

**Reisgezelschap:** O geen individuele reis O partner/gezin O familie/vrienden O groep O Anders …………………………..….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bestemming (land)** | **Gebied/regio/plaatsnaam** | **Reisdata** | **Aantal dagen** |
| 1. |  | Van t/m |  |
| 2. |  | Van t/m |  |
| 3. |  | Van t/m |  |

Maakt u een overstap? Zo ja, in welk land?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medische gegevens** | **ja** | **Nee** | **Toelichting** |
| Bent u onder behandeling of controle van een arts? |  |  | Naam en reden:Is deze op de hoogte van uw reis? O ja O nee |
| Lijdt u aan een (chronische) ziekte? |  |  |

|  |
| --- |
| □ suikerziekte □ epilepsie □ hart-of vaatziekte □ stollingsstoornis □ kanker □ psoriasis □ nierziekte □ hiv/aids □ maagdarmziekte □ anders:  |

 |
| Gebruikt u medicijnen of anticonceptiepil |  |  | Welke? |
|

|  |
| --- |
| Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of een ander psychisch probleem gehad  |

 |  |  |

|  |
| --- |
| □depressie □psychose □angststoornis □verslaving □anders:  |

 |
|

|  |
| --- |
| Bent u ergens allergisch voor?  |

 |  |  |

|  |
| --- |
| □ kippeneieren/kippei-eiwit □ bijen- of wespengif □ medicijnen:…………….. □ anders:  |

 |
|

|  |
| --- |
| Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed?  |

 |  |  | Reden: |
|

|  |
| --- |
| Heeft u een vaatprothese?  |

 |  |  |

|  |
| --- |
| □kunsthartklep □ stent □ anders:  |

 |
|

|  |
| --- |
| Bent u ooit geopereerd?  |

 |  |  |

|  |
| --- |
| Aard operatie(s):  |

 |
|

|  |
| --- |
| Wordt u bestraald, krijgt u een chemokuur, of heeft u één van beide ooit ondergaan? |

 |  |  | Datum en reden: |
|

|  |
| --- |
| Bent u zwanger of van plan dit binnenkort te worden?  |

 |  |  | Aantal weken zwanger: |
|

|  |
| --- |
| Geeft u borstvoeding?  |

 |  |  |  |
|

|  |
| --- |
| Heeft u geelzucht gehad of zijn er ooit antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald?  |

 |  |  |

|  |
| --- |
| □ geelzucht □ antistoffen hepatitis A □antistoffen hepatitis B  |

 |
|

|  |
| --- |
| Bent u ooit gevaccineerd?  |

 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| □ als kind  |  Vaccinaties + datum |
| □ in militaire dienst  |
| □ ivm. Een reis  |
| □ anders:  |

 |
|

|  |
| --- |
| Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van vaccinaties, bloedafname of malariatabletten?  |

 |  |  |

|  |
| --- |
| Welk vaccin/welke malariatabletten?: Welke bijwerkingen? □ flauwvallen □ koorts □ huiduitslag □ anders:  |

 |
|

|  |
| --- |
| Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad?  |

 |  |  | Aard problemen:  |
|

|  |
| --- |
| Draagt u contactlenzen?  |

 |  |  |

|  |
| --- |
| □ hard □ zacht  |

 |
|

|  |
| --- |
| Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid?  |

 |  |  | Welke? |
|

|  |
| --- |
| Zijn er nog andere zaken die u besproken wilt hebben?  |

 |  |  | Welke? |

*Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.*

**Datum Naam Handtekening Paraaf reizigersadviseur**

………… ………………………………. …………………………….. …………………………..