

REISANAMNESEFORMULIER

© 2009, Stichting TravelAlert

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.

| | | | |
|---|------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dhr. | <input type="checkbox"/> Mw. | Voorletter(s): | Naam: |
| Geboortedatum: | | Burger Service Nummer: | |
| Geboorteland: | | Datum van immigratie (indien niet geboren in Nederland): | |
| Straat + huisnr.: | | Postcode + plaats: | |
| Telefoonnummer: | | Gewicht: | Beroep: |
| Reden van de reis: | | <input type="checkbox"/> werk:..... | <input type="checkbox"/> familie- of vriendenbezoek |
| | | <input type="checkbox"/> vestiging | <input type="checkbox"/> stage:..... |
| Accommodatie: | | <input type="checkbox"/> appartement | <input type="checkbox"/> camping / tent |
| | | <input type="checkbox"/> bij lokale bevolking | <input type="checkbox"/> bij familie/vrienden |
| Risicovolle activiteiten tijdens de reis: | | <input type="checkbox"/> omgang met dieren | <input type="checkbox"/> (water)sport:..... |
| | | <input type="checkbox"/> seks, tatoeage of piercing | <input type="checkbox"/> medische (be)handelingen |
| Reisgezelschap: | | <input type="checkbox"/> geen (individuele reis) | <input type="checkbox"/> partner / gezin |
| | | <input type="checkbox"/> familie / vrienden | <input type="checkbox"/> groep <input type="checkbox"/> anders:..... |

| Bestemming (land) | Gebied / regio / plaatsnamen | Reisdata | Aantal dagen |
|-------------------|------------------------------|----------|--------------|
| 1. | | van t/m | |
| 2. | | van t/m | |
| 3. | | van t/m | |

| 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| Lijdt u aan een (chronische) ziekte? | | | <input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> hart- of vaatziekte <input type="checkbox"/> stollingsstoornis <input type="checkbox"/> kanker <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> nierziekte <input type="checkbox"/> hiv/aids <input type="checkbox"/> maagdarmsziekte <input type="checkbox"/> anders: |
| Gebruikt u medicijnen of de (anticonceptie) pil? | | | Welke? |
| Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of een ander psychisch probleem gehad? | | | <input type="checkbox"/> depressie <input type="checkbox"/> psychose <input type="checkbox"/> angststoornis <input type="checkbox"/> verslaving <input type="checkbox"/> anders: |
| Bent u ergens allergisch voor? | | | <input type="checkbox"/> kippeneieren / kippenei-eiwit <input type="checkbox"/> bijen- of wespengif <input type="checkbox"/> medicijnen: <input type="checkbox"/> anders: |
| Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed? | | | Reden: |
| Heeft u een pacemaker of vaatprothese? | | | <input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> kunsthartklep <input type="checkbox"/> stent <input type="checkbox"/> 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 dat 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? | | | |
| Bent u ooit gevaccineerd? | | | <input type="checkbox"/> als kind <input type="checkbox"/> in militaire dienst <input type="checkbox"/> i.v.m. een reis <input type="checkbox"/> anders: Vaccinatie(s) + datum: |
| Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van vaccinaties, bloedafname of malariatabletten? | | | Welk vaccin / welke malariatabletten? Welke bijwerking? <input type="checkbox"/> flauwvallen <input type="checkbox"/> koorts <input type="checkbox"/> huiduitslag <input type="checkbox"/> anders: |
| Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad? | | | Aard problemen: |
| Draagt u contactlenzen? | | | <input type="checkbox"/> hard <input type="checkbox"/> zacht |
| Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid? | | | Welke? |
| Zijn er nog bepaalde zaken die u besproken wilt hebben? | | | Welke? |

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum: Naam: Handtekening: Paraaf reizigersadviseur:

