

Aanmeldformulier reisadvies

Persoonlijke gegevens

Achternaam _____ Meisjesnaam _____ M / V
 Voorletters _____ Geb. datum _____
 Adres _____
 Postcode _____ Woonplaats _____
 Tel. nummer _____ Geboorteland _____
 Huisarts _____ Gewicht _____

Geeft u ons toestemming om uw medisch dossier te openen ten behoeve van het reisadvies?

☐ Nee ☐ Ja

Reis gegevens Graag uw reisschema inleveren

Datum van vertrek _____

Datum terugkomst _____ Rondreis? ☐ Nee ☐ Ja

Bestemming 1 _____ Verblijfsduur in dagen _____

Bestemming 2 _____ Verblijfsduur in dagen _____

Bestemming 3 _____ Verblijfsduur in dagen _____

Maakt u een tussenlanding?

☐ Nee ☐ Ja, in _____ Duur tussenlanding _____

Wat is de reden van uw reis?

☐ Vakantie ☐ Werk/Stage, als _____

☐ Bezoek aan familie ☐ Anders, namelijk _____

Waar gaat u verblijven?

☐ Hotel/Appartement ☐ Primitieve omstandigheden ☐ Cruise/Schip

☐ Familie/Kennissen ☐ Lokale bevolking

Bijzondere activiteiten?

☐ Verblijf op hoogte (>2500 m) ☐ Omgang dieren ☐ Avontuurlijk ☐ Medisch handelen

Overig _____

Vaccinatie gegevens

Bent u volledig gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma? ☐ Ja ☐ Nee

Bent u eerder gevaccineerd voor een reis of voor uw werk? ☐ Ja ☐ Nee

Heeft u een geel vaccinatieboekje? Graag inleveren ☐ Ja ☐ Nee

Bent u in militaire dienst of in militaire dienst geweest? ☐ Ja ☐ Nee

Let op: Vul ook de achterzijde in.

Medische gegevens

Lijdt u aan een (ernstige) ziekte? ☐ Nee ☐ Ja, namelijk _____

Bent u bekend, of wordt u behandeld voor:

Afweerstoornis ☐ Nee ☐ Ja, namelijk _____

Kanker (of in uw verleden) ☐ Nee ☐ Ja, namelijk _____

Wordt of bent u behandeld? ☐ Bestraling ☐ Chemo

Datum laatste behandeling _____

Psychische problemen? ☐ Nee ☐ Ja, namelijk _____

Suikerziekte? ☐ Nee ☐ Ja ☐ Insuline ☐ Nee ☐ Ja

Hart en/of vaatziekten? ☐ Nee ☐ Ja

Hepatitis A (geelzucht) doorgemaakt? ☐ Nee ☐ Ja

HIV of AIDS? ☐ Nee ☐ Ja

Longziekten?(ASTMA/COPD) ☐ Nee ☐ Ja

Maag/darm ziekte en/of operatie? ☐ Nee ☐ Ja, namelijk _____

Nierziekten/nierfunctiestoornis? ☐ Nee ☐ Ja (assistente invullen GFR.....)

Epilepsie? ☐ Nee ☐ Ja

Psoriasis? ☐ Nee ☐ Ja

Mazelen doorgemaakt? ☐ Nee ☐ Ja

Is uw milt verwijderd? ☐ Nee ☐ Ja

Zo ja, bent u aanvullend gevaccineerd? ☐ Nee ☐ Ja, namelijk _____

Bent u allergisch voor kip en/of ei? ☐ Nee ☐ Ja

Bent u allergisch voor medicijnen? ☐ Nee ☐ Ja, namelijk _____

Gebruikt u medicijnen? ☐ Nee ☐ Ja

Graag een medicatie overzicht van de afgelopen 3 maanden inleveren

Gebruikt u anticonceptie? ☐ Nee ☐ Ja

Bent u zwanger? ☐ Nee ☐ Ja, namelijk _____ weken

Heeft u een actieve zwangerschapswens? ☐ Nee ☐ Ja

Geeft u borstvoeding? ☐ Nee ☐ Ja

Kosten en ondertekening

Voor het in behandeling nemen van dit formulier, worden consultkosten (€ 35,00) in rekening gebracht. Wij adviseren u om vooraf bij uw zorgverzekering te informeren naar de eventuele vergoedingen.

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld en gaat akkoord met bovenstaande uitleg over de kosten en vergoedingen.

Datum _____ Handtekening _____

Internationaal bewijs van vaccinatie ingeleverd?	☐ Nee ☐ Ja
Reisschema ingeleverd?	☐ Nee ☐ Ja
Datum inname formulier?	
Initialen assistente bij inname formulier	