

Reizigersadvisering is de specialisatie van doktersassistente Cindy Fransen in samenwerking met huisarts T. Brama.

**Gelieve onderstaande vragen in te vullen**

Hebt u vragen betreft het invullen van dit formulier of wat betrekking heeft over de reizigersadvisering dan kunt u bellen naar de praktijk en vragen naar Cindy.

**Persoonsgegevens**

Naam…………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Voorletters…………………………………………………………………………………………………………………………………….M/V
Adres……………………………………………………................................................................................................... Postcode………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Woonplaats…………………………………………………………………………………………………………………………………………. Geboorteland……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Teleloonnummer………………………………......................................................................................................

Mailadres……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Opgegroeid in……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum…………………………………………………………………………………………………………………………………… Gewicht………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Huisarts………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

BSN nummer………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Reisgegevens**

Bestemming(en):…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Provincies:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Steden:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Vertrekdatum:……………………………………………………………………………………………………………………………………..
Verblijfsduur:……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Indien er meerdere bestemmingen zijn graag per bestemming verblijfsduur aangeven ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Route/tussenstops:…………………………………….............................................................................................

Duur tussenstops:…………………………………………………………………………………………………………………………………

Reismotief/Reden reis: 0 vakantie 0 vestiging 0 werk

 0 stage 0 familie bezoek 0 vrienden bezoek

 0 anders namelijk:…………………………………………………………………………………………

Beroep/soort studie:…………………………………………………………………………………………………………………………….

Intensief contact lokale bevolking:……………………………………………………………………………………………………….

Accommodatie: 0 hotel/pension 0 appartement 0 lokale bevolking

 0 familie/vrienden 0 camping/tent 0 (cruise)schip

 0 guesthous/lodge/hut 0 anders namelijk………………………………

Reisgezelschap: 0 partner/gezin 0 familie/vrienden 0 groepsreis 0 alleen

Risicovolle activiteiten tijdens de reis: 0 verblijf > 2500 meter hoogte

 0 seks/tatoeage/piercing

 0 omgang met dieren

 0 medische (be)handelingen

 0 (water)sport

 0 anders namelijk:…………………………………………………………………

**Vaccinatiegegevens**

Hebt u vroeger het volledige Rijks Vaccinatie Programma gevolgd?........................................................

Hebt u eerder (reis)vaccinaties gehad? 0 Ja 0 Nee

Zo ja welke:…………………………………………………………………………………………………………………………………………. Wanneer:……………………………………………………………………………………………………………………………………………

................................................................................................................................................................... Via welk instantie:………………………………………………………………………………………………………………………………..

Hebt u ooit malariatabletten gehad? 0 Ja 0 Nee

Zo ja, hebt u bijwerkingen gehad? 0 Ja 0 Nee

Zo ja welke?...............................................................................................................................................

Bent u in militaire dienst geweest? 0 Ja 0 Nee 0 N.v.t.

Hebt u een (geel)vaccinatieboekje? Zo ja, **graag meenemen.**

**Medische gegevens**

Bent u onder behandeling van een arts? 0 Ja 0 Nee

Lijdt u aan, of bent u behandeld voor:
Depressie of psychische problemen? 0 Ja 0 Nee
Diabetes Mellitus? 0 Ja 0 Nee
Epilepsie? 0 Ja 0 Nee
Hartziekten ? 0 Ja 0 Nee
Hepatitis (geelzucht)? 0 Ja 0 Nee
HIV/Aids ? 0 Ja 0 Nee
Hebt u een transplantatie ondergaan? 0 Ja 0 Nee
Is uw milt verwijderd? 0 Ja 0 Nee
Is uw thymus verwijderd? 0 Ja 0 Nee

Bent u allergisch voor kip/ei? 0 Ja 0 Nee

Longziekten? 0 Ja 0 Nee
Maag-darmklachten of operaties? 0 Ja 0 Nee
Nierziekte? 0 Ja 0 Nee
Psoriasis? 0 Ja 0 Nee

Stollingsstoornissen? 0 Ja 0 Nee
Een andere (ernstige) ziekte? 0 Ja 0 Nee
Zo ja, welke?..............................................................................................................................................

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

Gebruikt u medicijnen 0 Ja 0 Nee

Zo ja, welke? ……………...............................................................................................................................

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

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

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

Bent u allergisch voor medicijnen? 0 Ja 0 Nee

Zo ja, welke?..............................................................................................................................................

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

………**Alleen vrouwen**……………

Bent u zwanger? 0 Ja 0 Nee

Geeft u borstvoeding? 0 Ja 0 Nee

Is er een zwangerschapswens? 0 Ja 0 Nee

Gebruikt u de anticonceptiepil? 0 Ja 0 Nee

**Overige vragen/opmerkingen**……………………….......

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

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

Het gezondheidsadvies aan de reiziger is gebaseerd op de informatie van de reiziger zelf, risico-analyse en het daarop afgestemde advies.

Datum: Handtekening:

(Handtekening patiënt bij weigeren/niet opvolgen specifiek advies: …………………………………………….)