

# Intakeformulier reizigersadvisering

a.u.b. invullen, ondertekenen en meenemen naar het reizigersspreekuur

## Reisgegevens

Vertrekdatum reis: ____ / ____ / _____	Datum thuiskomst: ____ / ____ / _____
Bestemming 1:	Verblijfsduur:
Bestemming 2:	Verblijfsduur:
Bestemming 3:	Verblijfsduur:
Bestemming 4:	Verblijfsduur:

## Reden van de reis

Vakantie  Familiebezoek

Werk/stage als \_\_\_\_\_

## Verblijfsomstandigheden

Hotel/appartement  Familie/kennissen  Camping

Schip  Lokale bevolking  Overige

## Reisgezelschap

Individueel  Partner/gezin

Anders \_\_\_\_\_

Bent u van plan binnen enkele jaren nogmaals naar een vlieg- en/of verre bestemming te reizen?

Ja  Nee

Zo ja, welke bestemming: \_\_\_\_\_

## Vaccinatiegegevens

Heeft u eerder vaccinaties gehad voor reizen of beroep?  Ja  Nee  Onbekend

Indien ja, welke vaccinatie(s) + datum/data laatste vaccinatie(s) (zie vaccinatieboekje)?

DTP: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Buiktyfus: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hepatitis A: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ én \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hepatitis B: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ én \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ én \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hepatitis A/B: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ én \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ én \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Overige: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Waren er complicaties ten gevolge van deze vaccinaties?  Ja  Nee

Indien ja, welke? \_\_\_\_\_

Heeft u eerder malariapillen gebruikt?  Ja  Nee

Indien ja, welke?  Chloroquine  Lariam  Malarone  Paludrine

Heeft u een (geel) vaccinatieboekje (zo ja, graag meenemen)?  Ja  Nee

Wat voor type (vakantie)reiziger bent u in het algemeen? (U kunt meerdere opties aankruisen!)

### Rustige vakantieganger

"U houdt van een rustige vakantie met uw partner of gezin. U gaat naar het strand of het zwembad van het hotel. Lekker lui in de zon met een boekje, u haalt een ijsje op de boulevard en maakt misschien een wandelingetje naar de lokale markt, bezoekt een museum en gaat daarna lekker uit eten in het hotel of bij een van de sfeervolle lokale restaurants."

Passen één of meerdere aspecten uit deze beschrijving bij u?

### Avontuurlijke vakantieganger

"U houdt van actie en avontuur. Denk bijvoorbeeld aan raften, snorkelen, diepzeeduiken, bergbeklimmen of mountainbiken. U vindt het spannend om eventueel een tatoeage of piercing te laten zetten en houdt ervan de lokale specialiteiten van het land te proeven in verschillende restaurants."

Passen één of meerdere aspecten uit deze beschrijving bij u?

### Sportieve vakantieganger

"U houdt ervan om activiteiten te ondernemen en iets van het land te zien. U huurt er misschien een auto of scooter om de omgeving te leren kennen. U gaat mee op een excursie, wandeltocht of safari en u vindt het leuk om eventueel te gaan snorkelen in zee of de lokale kapper te bezoeken."

Passen één of meerdere aspecten uit deze beschrijving bij u?

### Zonder partner naar het buitenland

"U ontmoet graag nieuwe mensen op vakantie en/of werkbezoek en het is mogelijk dat u seksueel contact heeft tijdens uw trip."

Passen één of meerdere aspecten uit deze beschrijving bij u?

# Intakeformulier reizigersadvisering

a.u.b. invullen, ondertekenen en meenemen naar het reizigersspreekuur

Bent u onder behandeling of controle van een arts?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	naam: verwijzing/overleg:
Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	welke:
Gebruikt u de (anticonceptie)pil?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Bent u in verwachting?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	zwangerschapsduur:
Bent u van plan dit op korte termijn te worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	op welke termijn:
Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Bent u ergens allergisch voor? (bijv. kippeneieren of medicijnen (antibiotica)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	waarvoor:
Bent u ooit geopereerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	aard:
Is uw milt weggehaald of werkt uw milt minder goed?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Heeft u een aandoening waardoor u een verminderde afweer tegen infecties heeft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	aard:
Heeft u de laatste jaren chemokuren gehad of bent u ooit bestraald?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	reden: wanneer afgerond:
Lijdt u aan suikerziekte/psoriasis/epilepsie/een nierziekte/een leverziekte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	aard:
Heeft u een maag-of darmaandoening?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	aard:
Heeft u een vaatprothese of pacemaker?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	welke:
Heeft u een verminderde bloedstolling of gebruikt u bloedverdunders?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	welke:
Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of andere psychische problemen (gehad)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	welke:
Heeft u geelzucht gehad of zijn ooit antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	anamnese: A/B- antistoffen: HAV/HBV
Heeft u ooit veel last gehad van inenting(en) en/of malaria tabletten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	vaccin/malariaprofylaxe aard:
Bent u ooit flauwgevallen tijdens of na een injectie of bloedafname?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Bent u in militaire dienst geweest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	jaar:

## Persoonsgegevens

Achternaam:	Voorletters:	M / V
Adres:	Postcode:	
Woonplaats:	E-mail:	
Telefoon privé:	Telefoon werk:	
Geboortedatum:	Geboorteland:	
Burger Service Nummer:		

Naar waarheid ingevuld,

Datum:	Paraaf intaker/adviseur:	Stempel vaccinatie-instelling/praktijk:
Handtekening:	Handtekening cliënt bij weigeren:	