

# REISANAMNESEFORMULIER

© 2012, 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:		Jaar van vestiging in Nederland (indien geboren in buitenland):	
Straat + huisnr.:		Postcode + plaats:	
Telefoonnummer:		Gewicht:	Beroep:
Reden van de reis:	<input type="checkbox"/> vakantie <input type="checkbox"/> vestiging	<input type="checkbox"/> werk:..... <input type="checkbox"/> stage:.....	<input type="checkbox"/> familie- of vriendenbezoek <input type="checkbox"/> anders:.....
Accommodatie:	<input type="checkbox"/> hotel / pension <input type="checkbox"/> bij lokale bevolking	<input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> bij familie/vrienden	<input type="checkbox"/> camping / tent <input type="checkbox"/> (cruise)schip <input type="checkbox"/> guesthouse / lodge / hut <input type="checkbox"/> anders:.....
Risicovolle activiteiten tijdens de reis:	<input type="checkbox"/> verblijf > 2.500 m hoogte <input type="checkbox"/> seks, tatoeage of piercing	<input type="checkbox"/> omgang met dieren <input type="checkbox"/> medische (be)handelingen	<input type="checkbox"/> (water)sport:..... <input type="checkbox"/> anders:.....
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"/> maagdarmziekte <input type="checkbox"/> anders:
Gebruikt u medicijnen of de (anticonceptie) pil?			Welke?
Heeft u psychische klachten of die in het verleden 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 vaatprothese?			<input type="checkbox"/> kunsthartklep <input type="checkbox"/> kunstbloedvat <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?			<input type="checkbox"/> geelzucht <input type="checkbox"/> antistoffen hepatitis A <input type="checkbox"/> antistoffen hepatitis B
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 andere zaken die u besproken wilt hebben?			Welke?

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum Naam Handtekening Paraaf reizigersadviseur

.....