**Intakeformulier Reizigersadvisering Zeehos Katwijk**

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| **Achternaam** |  |
| **Voorletters** |  |
| **M/V** |  |
| **Meisjesnaam** |  |
| **Adres** |  |
| **Postcode** |  |
| **Woonplaats** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **Geboorteland** |  |
| **Telefoon Privé** |  |
| **Jaar van vestiging in Nederland (indien geboren in buitenland)** |  |
| **BSN nummer** |  |
| **Welke huisarts** |  |
| **Gewicht** |  |

**Reisgegevens (graag alle te bezoeken gebieden/plaatsen aangeven)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertrekdatum** |  |
| **Hoelang verblijf?** |  |
| **Vervoer: indirecte of directe vlucht?** |  |
| **Zo ja, indirecte vlucht? Hoelang is deze tussenstop?** |  |
| **Bestemming**  **(indien meerdere bestemmingen, graag schema invullen -> laatste pagina)** |  |
| **Verblijfsomstandigheden:** | Hotel/appartement/familie-kennissen/lokale bevolking/tent/kamperen/schip |
| **Reden van de reis:** | Zakelijk/vakantie/bezoek familie-kennissen/vestiging/stage/werk als: |
| **Reisgezelschap:** | Geen (individuele reis)/partner, gezin/familie, vrienden/groep/anders………. |

**Vaccinatiegegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bent u als kind ingeënt (volgens Rijksvaccinatie programma)?** | Ja/nee |
| **Bent u eerder gevaccineerd (voor de tropen)?** | Ja/nee |
| **Zo ja, welke & wanneer:** |  |
| **Heeft u problemen gehad na vaccinaties** | Ja/nee |
| **Zo ja, welke:** |  |
| **Heeft u een (geel) vaccinatieboekje** | Ja/nee (SVP inleveren met dit formulier) |
| **Heeft u eerder malariatabletten gehad?** | Ja/nee |
| **Zo ja, welke:** |  |

**Medische gegevens Reizigersadvisering**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lijdt u aan een ernstige ziekte?** | Ja/nee |
| **Bent u onder controle van een arts?** | Ja/nee |
| **Zo ja, bij wie:** |  |

**Bent u onder behandeling (geweest) voor:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Depressie of psychische problemen?** | Ja/nee |
| **Suikerziekte (diabetes mellitus)?** | Ja/nee |
| **Vallende ziekte (epilepsie)?** | Ja/nee |
| **Hartziekten?** | Ja/nee |
| **Geelzucht (Hepatitis)?** | Ja/nee |
| **HIV/aids?** | Ja/nee |
| **Longziekten?** | Ja/nee |
| **Maagdarmklachten of operaties?** | Ja/nee |
| **Nierziekten?** | Ja/nee |
| **Psoriasis?** | Ja/nee |
| **Stollingsstoornissen?** | Ja/nee |
| **Is uw milt verwijderd?** | Ja/nee |
| **Heeft u chemokuren gehad of bent u bestraald?** | Ja/nee |
| **Gebruikt u medicijnen?** | Ja/nee |
| **Zo ja, welke:** |  |
| **Gebruikt u de pil (anticonceptie)?** | Ja/nee |
| **Bent u zwanger of is er een zwangerschapswens?** | Ja/nee |
| **Geeft u borstvoeding?** | Ja/nee |
| **Bent u allergisch voor kippen-eiwit?** | Ja/nee |
| **Bent u allergisch voor antibiotica?** | Ja/nee |
| **Bent u allergisch voor medicatie?** |  |
| **Zo ja, welke:** |  |
| **Bent u allergisch voor andere stoffen?** | Ja/nee |
| **Zo ja, welke:** |  |
| **Heeft u ooit last gehad van malariatabletten?** | Ja/nee |
| **Zo ja, welke:** |  |
| **Bent u wel eens flauwgevallen tijdens of na een injectie?** | Ja/nee |
| **Bent u in militaire dienst geweest?** | Ja/nee |
| **Zo ja, tijdvak:** |  |
| **Draagt u contactlenzen/bril?** | Ja/nee |
| **Bent u ooit geopereerd? Zo ja, waaraan?** | Ja/nee |
| **Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid?** | Ja/nee |
| **Zijn er nog andere zaken die u besproken wilt hebben?** | Ja/nee |

***Naar waarheid opgemaakt en ingevuld***

***Paraaf:***

***Naam:***

***Datum:***

**Graag hier u volledige reisschema invullen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bestemming** | **Periode verblijf op deze bestemming** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |