

Voor een goed reizigersadvies is het van groot belang dat alle vragen volledig en naar waarheid ingevuld worden.

Dit ingevulde formulier kunt u samen met uw vaccinatieboekje inleveren bij de desbetreffende assistente.

ALGEMENE GEGEVENS

NAAM:	
VOORLETTERS:	
GEBOORTEDATUM:	
GESLACHT:	☐ man ☐ vrouw
GEBOORTELAND/ OPGEGROEID IN:	
IN NEDERLAND SINDS:	
ADRES:	
POSTCODE:	
WOONPLAATS:	
TELEFOONNUMMER:	
MOBIEL NUMMER:	
HUISARTS:	
BEROEP:	

REISGEGEVENS

VERTREKDATUM REIS:	
VERBLIJFSDUUR:	
VLUCHT:	☐ rechtstreeks ☐ tussenlanding in: (land/plaats)
REDEN REIS:	☐ vakantie ☐ bezoek familie ☐ werk/stage ☐ migratie
REISGEZELSCHAP:	☐ individueel ☐ partner/gezin ☐ anders:
ACCOMMODATIE:	☐ hotel/appartement ☐ camping ☐ familie ☐ lokale bevolking
ACTIVITEITEN	☐ verblijf op hoogte (>2500m) ☐ omgang met dieren ☐ medisch handelen



	Land van bestemming	Gebied/Plaats	Verblijfsduur
1			
2			
3			
4			

MEDISCHE GEGEVENS

BENT U OOI EERDER GEVACCINEERD?	☐ ja ☐ militaire dienst ☐ weet niet	☐ nee ☐ als kind
HEEFT U OOI BIJWERKINGEN GEHAD VAN EEN VACCINATIE?	☐ nee	☐ ja, omschrijf:
HEEFT U OOI BIJWERKINGEN VAN MALARIATABLETTEN?	☐ nee	☐ ja, omschrijf:
BENT U ERGENS ALLERGISCH VOOR?	☐ nee	☐ ja, omschrijf:
BENT U ONDER BEHANDELING OF CONTROLE VAN EEN ARTS?	☐ nee	☐ ja, soort en reden:
HEEFT U EEN VAN DE VOLGENDE ZIEKTES:		
SUIKERZIEKTE	☐ nee	☐ ja
MAAGDARMZIEKTE	☐ nee	☐ ja
NIERZIEKTE	☐ nee	☐ ja
HART- EN VAATZIEKTE	☐ nee	☐ ja
EPILEPSIE	☐ nee	☐ ja
STOLLINGSZIEKTE	☐ nee	☐ ja
AFWEERSTOORNIS	☐ nee	☐ ja
HIV/AIDS	☐ nee	☐ ja
MILTZIEKTE	☐ nee	☐ ja
KANKER	☐ nee	☐ ja



PSORIASIS ANDERS:	☐ nee	☐ ja
HEEFT U OOIT HEPATITIS A OF B (GEELZUCHT) GEHAD?	☐ nee	☐ ja
IS UW MILT VERWIJDERD?	☐ nee	☐ ja
HEEFT U EEN AANDOENING OF GEBRUIKT U MEDICIJNEN WAARDOOR U EEN VERMINDERDE AFWEER HEEFT?	☐ nee	☐ ja
GEBRUIKT U EEN VAN DE VOLGENDE MEDICAMENTEN?	☐ antibiotica ☐ HIV-remmer ☐ afweerremmer	☐ maagzuurremmer ☐ anticonceptiepil ☐ antistolling
BENT U OOIT BESTRAALD?	☐ nee	☐ ja
HEEFT U OOIT EEN CHEMOKUUR GEHAD?	☐ nee	☐ ja
BENT U OOIT GEOPEREERD?	☐ nee	☐ ja, omschrijf:
HEEFT U EEN VAATPROTHESE OF PACEMAKER?	☐ nee	☐ ja
HEEFT U EEN VAATPROTHESE OF PACEMAKER?	☐ nee	☐ ja
BENT U VAN PLAN OP KORTE TERMIJN ZWANGER TE WORDEN?	☐ nee	☐ ja
BENT U IN MILITAIRE DIENST GEWEEST?	☐ nee	☐ ja
HEEFT U OOIT GEZONDHEIDSPROBLEMEN GEHAD OP REIS?	☐ nee	☐ ja
VERGOED UW POLIS HET REIZIGERSCONSULT?	☐ nee ☐ weet niet	☐ ja

Ondergetekende verklaart dit formulier volledig naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum: - -

Handtekening:

Handtekening cliënt bij weigeren en/of niet opvolgen van specifiek advies: