

Vragenlijst ten behoeve van een reisadvies

Achternaam	Voorletters	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum	Land waarin opgegroeid	
Adres	Woonplaats	
Telefoonnummer	Huisarts	
Kindervaccinaties gehad		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Reden reis	<input type="checkbox"/> vakantie <input type="checkbox"/> zakelijk <input type="checkbox"/> bezoek familie/kennissen <input type="checkbox"/> migratie <input type="checkbox"/> stage <input type="checkbox"/> werk, als _____	
Accommodatie	<input type="checkbox"/> hotel <input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> familie/kennissen <input type="checkbox"/> andere lokale bevolking <input type="checkbox"/> camping <input type="checkbox"/> schip <input type="checkbox"/> _____	
Risico activiteiten?	<input type="checkbox"/> verblijf >2500m <input type="checkbox"/> seks/tatoeage/piercing <input type="checkbox"/> omgang met dieren <input type="checkbox"/> medische (be)handelingen <input type="checkbox"/> sport	
Reisbestemming	Gebied regio plaatsnamen	Reisdata
		van t/m
		van t/m
		van t/m
Eerdere vaccinaties gehad voor reizen of beroep?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Welke
Medische gegevens Wilt u de juiste antwoorden aankruisen?		Opmerkingen intaker/adviseur
1. Bent u onder behandeling of onder controle van een arts? Verwijzing / overleg	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Naam
2. Gebruikt u medicijnen? Gebruikt u de anticonceptiepil?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Welke Welke
3. Bent u in verwachting? Bent u van plan dit op korte termijn te worden? Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zwangerschapsduur
4. Bent u ergens allergisch voor? Kippeneieren? Medicijnen (antibiotica)? Bijen- of wespengif?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Anders, te weten
5. Bent u ooit geopereerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Aard
6. Is uw milt weggehaald of werkt uw milt minder goed?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
7. Heeft u een aandoening waardoor u een verminderde afweer tegen infecties gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Aard
8. Heeft u de laatste jaren chemokuren gehad of bent u ooit bestraald? Wanneer afgerond?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Reden
9. Lijdt u aan suikerziekte / psoriasis/ epilepsie/ een nierziekte/ een leverziekte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Aard
10. Heeft u een maag- of darm aandoening?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Aard
11. Heeft u een vaatprothese of pacemaker	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Aard
12. Heeft u een verminderde bloedstolling of gebruikt u bloedverduunners? Ja Nee Welke:		
13. Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of andere psychische problemen gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Welke
14. Heeft u geelzucht gehad of zijn ooit antistoffen tegen hepatitis A en/ of B bepaald?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Welke
15. Heeft u ooit last van inenting en of malariatabletten gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Vaccin/malariaprofylaxe:
16. Bent u ooit flauw gevallen tijdens of na een injectie of bloedafname?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Aard
17. Bent u in militaire dienst (geweest)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Jaar

Ondergetekende heeft dit formulier naar waarheid ingevuld en gaat akkoord met de kosten van € 35,- voor reizigersadvisering, exclusief vaccinkosten en is ervan op de hoogte dat deze kosten niet onder de basisvergoeding vallen van de huisartsenzorg.

Datum

Handtekening

Paraaf intaker/adviseur

Bestemming(en)

Adviezen tav diverse voorkomende ziekten/vaccinaties

Voorkomen in betreffende gebied					Plan	Batch nr.
Gele koorts	V	A	-**	-***		
Cholera	NI					
DTP	D					
Buiktyphus	T1	T2				
Mazelen	MZ					
Hepatitis A	A					
Hepatitis B	B					
TBC	TB1	TB2				
Meningokokken	M1	M2	M3			
Rabies	R1	R2				
Virale encefalitis	JE	TE				
Schistosomiasis	SCH					
Dengue	DF	?				
Malaria	<input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> d					

Gegeven informatie/leefregels inclusief folders		
Algemeen	voedsel drinkwater diarree	
	zonbescherming	
	teken muggen	
	hoogteziekte	
Bijzondere omstandigheden	zwanger	--> overleg arts
	afweerstoornis	--> overleg arts

Artsenverklaring			
Contra-indicatie Gele koorts		Meenemen insuline	
Schengenverklaring		Meenemen spuiten naalden	

Afsprakenschema		
Datum	Vaccinatie(s) onderzoek(en)	Opmerkingen

- Client gaat akkoord met bovenstaande adviezen, verklaart hierover voorgelicht te zijn en is voornemens de adviezen op te volgen. Een kopie van dit afsprakenblad wordt hem/haar meegegeven
- Client is voornemens (gedeeltelijk) af te wijken van bovenstaande adviezen en aanvaardt de aansprakelijkheid voor opgelopen schade die hiervan mogelijk het gevolg is.

Datum

Handtekening