

# REISANAMNESE

Voor een goed advies is het belangrijk deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen.  
Gebruik voor iedere afzonderlijke reiziger een apart formulier!

## Persoonsgegevens

Naam: .....  Dhr.  Mw.  
Adres: .....  
Postcode: .....  
Woonplaats: .....  
Tel. nr. (werk/prive) .....  
Geboortedatum: .....  
Beroep: ..... Geboorteland: .....

**U reist:** alleen / met partner / kinderen / kennissen\*

**Reden reis:** vakantie / familiebezoek / zakenreis / tijdelijke vestiging\*  
werk als ..... / stage als .....

## **Heeft u al eens eerder een verre reis gemaakt?**

- Ja, voor het laatst in ..... naar welk(e) land(en)\* .....
- Nee

## **Heeft u toen problemen met betrekking tot uw gezondheid ondervonden?**

- Ja, aard .....
- Nee

## Reisgegevens

Vertrekdatum: ..... Totale verblijfsduur in dagen: .....

Vul in welk(e) land(en)\* en gebieden u achtereenvolgens bezoekt (inclusief tussenstops) en geef per gebied/regio de verblijfsduur aan.

	Land	Gebied/regio	Verblijfsdata		Aantal dagen
1.	.....	.....	van: .....	tot: .....	.....
2.	.....	.....	van: .....	tot: .....	.....
3.	.....	.....	van: .....	tot: .....	.....
4.	.....	.....	van: .....	tot: .....	.....
5.	.....	.....	van: .....	tot: .....	.....

## **Hoe omschrijft u uw reis?:**

- volledig georganiseerd
- alleen vervoer + verblijf is georganiseerd
- alleen vervoer is georganiseerd
- alles zelf georganiseerd

## Verblijfsomstandigheden

- Hotel/pension
- Guesthouse
- Appartement
- Camping
- Bij kennissen/familie
- Bij lokale bevolking
- Boot
- Nog niet bekend

**Medische gegevens**

Bent u in het verleden gevaccineerd:

- Nee/onbekend\*
- Ja, tegen:

*Jaartal laatste vaccinatie\**

- DTP .....
- Buiktyfus .....
- Hepatitis A (vaccin) .....
- Hepatitis B .....
- BMR .....
- Overige: .....

(\* zie vaccinatieboekje)

Heeft u een internationaal vaccinatiebewijs?

Ja/nee\*

Complicaties ten gevolge van eerdere vaccinaties:

Ja/nee\*, indien ja, welke .....

Medische behandeling in de afgelopen 12 maanden:

Ja/nee\*, indien ja, welke .....

Ernstige ziekte(n):

Ja/nee\*, indien ja, welke .....

Depressie / psychische problemen:

Ja/nee\*, indien ja, aard .....

Medicijngebruik:

- Prednison .....
- Immunosuppressiva .....
- Hart .....
- Maag/darm .....
- Anti-stolling .....
- Antibiotica .....
- Slaapmiddelen .....
- Overige: .....

Behandeling arts/specialist

Ja/nee\*, indien ja, waarvoor .....

Is deze op de hoogte gebracht van uw reisplannen:

Ja/nee\*

Zwangerschap/zwangerschapswens:

Ja/nee/onbekend\* duur .....

Anticonceptie:

Ja/nee\*

Contactlenzen:

Ja/nee\*

Transplantatie ondergaan:

Ja/nee\*

Miltverwijdering ondergaan:

Ja/nee\*

Maag- of darmklachten:

Ja/nee\*

Suikerziekte/ nierziekte/ psoriasis/ epilepsie\*:

Ja/nee\*

Hepatitis A: bloedonderzoek op antilichamen gehad:

Ja/nee\*

Overgevoelig voor bepaalde geneesmiddelen:

Ja/nee\*, indien ja, welke .....

Overgevoelig voor kippeneiwit:

Ja/nee\*

Welke bloedgroep heeft u:

.....

*Ondertekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.*

**Handtekening cliënt:**

**Datum:**

.....

.....

(\*doorhalen wat niet van toepassing is