**INTAKE FORMULIER ‘REIZIGERSADVISERING’**

**AUB afdrukken, invullen, ondertekenen en mee nemen naar het reizigersspreekuur.**

**Persoonsgegevens**

Achternaam: ………………………………………………………. Voorletters: …………… M/V

Meisjesnaam: ……………………………………………………….

Adres: ……………………………………………………….

Postcode: ………………………………………………………. Woonplaats: ……………………….

Telefoon privé: ……………………………………………………….

Geboorte datum: ………………………………………………………. Geboorteland: ……………………..

Reden van de reis:

* Vakantie
* Familie bezoek
* Werk, als: ……….

Verblijfsomstandigheden:

* Luxe
* Primitief
* Gemiddeld

Soort reis:

* Groepsreis
* Individueel

**Wat voor een type (vakantie)reiziger bent u in het algemeen?**

*U kunt meerdere antwoorden aankruisen.*

* Rustige vakantieganger
* Sportieve vakantieganger
* Avontuurlijke vakantieganger

**Reisgegevens**  Vertrekdatum: ……………………..

Bestemming 1: …………………………………… Verblijfsduur: ……………………….

Bestemming 2: ………………………………….. Verblijfsduur: ……………………….

Naar welke (verre) bestemming bent u van plan in de toekomst te gaan?

Bestemming 1: ………………………………….. Bestemming 2: ……………………………….

**Vaccinatiegegevens**

Bent u eerder gevaccineerd (voor reizen): ja/nee

Zo ja, welke vaccinaties en wanner: ……………………………………………………………..

Heeft u problemen gehad na de vaccinaties: ja/nee

Zo ja, welke: …………………………………………………………………………………………………..

Heeft u een (geel) vaccinatieboekje ja/nee Zo jaar, graag meenemen!

Heeft u eerder malariatabletten gehad? ja/nee

 Zo ja, welke en eventuele bijwerkingen: …………………………………………………………

**Medische gegevens**

Hebt u een (chronische) ziekte? ja/nee

 Zo ja, om welke ziekte gaat het? …………………………………………………………………..

Bent u onder controle van een arts? ja/nee

 Zo ja, bij wie? ………………………………………………………………………………………………..

Gebruikt u medicatie? ja/nee

 Zo ja, welke? …………………………………………………………………………………………………

**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

Maag/darmklachten 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

Bent u allergisch voor kippen-eiwit, medicijnen? ja/nee

Bent u allergisch voor antibiotica? ja/nee Zo ja waarvoor …………………….

Bent u allergisch voor andere stoffen? ja/nee Zo ja waarvoor …………………….

Heeft u ooit last gehad van inentingen? ja/nee Zo ja waarvoor …………………….

**Vragen alleen voor vrouwen**

1. Gebruikt u de pil? ja/nee
2. Bent u zwanger of is er een zwangerschapswens? ja/nee
3. Geeft u borstvoeding? ja/nee

GEGEVENS JUIST EN VOLLEDIG INGEVULD?

DATUM: HANDTEKENING CLIËNT: …………………………………….