****

**INTAKEFORMULIER REISVACCINATIE (versie feb 2020)**

Vul dit formulier zo volledig mogelijk in. Omcirkel wat van toepassing is.

Wij willen u erop wijzen dat alle vaccinaties bij uw eigen apotheek afgehaald en

betaald dienen te worden. Als u vragen heeft betreffende de kosten kunt u contact

opnemen met uw eigen apotheek. Afhankelijk van uw verzekering kunt u de kosten declareren.

1. **Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Straat en huisnummer |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoon |  |
| E-mail |  |
| Geboortedatum |  |
| Geboorteland |  |
| Als u niet in Nederland bent opgegroeid, tot welke leeftijd heeft u in uw geboorteland gewoond? |  |

1. **Reisgegevens**

**Noteer svp ALLE landen en tevens ook alle plaatsen die u bezoekt. Noteer daarnaast de verblijfsduur in de diverse plaatsen. Indien u georganiseerd reist, kunt u volstaan met een verwijzing naar de site van uw reisorganisatie en de geboekte reis.**

|  |
| --- |
| Reisroute |
| **Land\*** | **Stad/dorp\*** | **verblijfsduur** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum vertrek |  |
| Datum terugreis |  |
| Heeft u een transit\* en zo ja, waar? |  |
| Is uw transit langer dan 12 uur? |  |
| Reden reis | Vakantie/familie/werk |
| Verblijfsomstandigheden | Luxe/gemiddeld/primitief |
| Reisgezelschap | Individueel/groep/vaste partner |
| Activiteiten | verblijf op hoogte (>2500m)/omgang met dieren/medisch handelen/anders………………….. |

\* Transit = Als een passagier de luchthaven niet verlaat maar overstapt op een ander vliegtuig om zijn reis te vervolgen.

1. **Vaccinatiegegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Bent u eerder gevaccineerd? | ja/nee/weet niet |
| Als u eerder bent gevaccineerd, wanneer? | als kind/in militaire dienst/ivm. reis |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vaccin:** | **Datum laatste vaccinatie:** |
| Gele koorts |  |
| DTP |  |
| Buiktyfus |  |
| Mazelen |  |
| Hepatitis A |  |
| Hepatitis B |  |
| Mantoux |  |
| BCG |  |
| Meningokokken |  |
| Rabies |  |
| Japanse encefalitis |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Heeft u ooit de mazelen gehad?  | Ja/nee/weet niet |

1. **Malaria**

|  |  |
| --- | --- |
| Ooit malariamedicatie gehad? Welke? |  |
| Bijwerkingen? Zo ja, welke? |  |

**5a. Medische gegevens**

Hebt u 1 of één of meerdere van onderstaande aandoeningen (gehad)?

|  |  |
| --- | --- |
| Depressie of psychische problemen | ja/nee |
| Diabetes mellitus/suikerziekte | ja/nee |
| Epilepsie/vallende ziekte | ja/nee |
| Hart- en vaatziekten | ja/nee |
| Hepatitis/geelzucht | ja/nee |
| HIV/AIDS | ja/nee |
| Astma/copd/longziekten | ja/nee |
| Nierziekten | ja/nee |
| Maag/darmklachten of –operaties | ja/nee |
| Psoriasis | ja/nee |
| Stollingsstoornissen | ja/nee |
| Afweerstoornissen | ja/nee |
| Kanker | ja/nee |
| Is uw milt verwijderd? | ja/nee |
| Thymusziekte | ja/nee |
| Overig |  |

Gebruikt u regelmatig medicijnen? Welke?

|  |
| --- |
|  |

Bent u onder behandeling van een specialist? Wie? Waar?

|  |
| --- |
|  |

# 5b. Anticonceptie en zwangerschap

|  |  |
| --- | --- |
| Bent u zwanger/heeft u een zwangerschapswens? | ja/nee |
| Geeft u borstvoeding? | ja/nee |
| Gebruikt u de anticonceptiepil? | ja/nee |
| Gebruikt u andere anticonceptie voor op reis? | ja/nee |

# 5c. Allergie

|  |  |
| --- | --- |
| Bent u allergisch voor ei? | ja/nee |
| Bent u allergisch voor kip? | ja/nee  |
| Bent u allergisch voor medicijnen? Zo ja, welke? | ja/nee  |
| Bent u allergisch voor andere stoffen? Zo ja, welke? | ja/nee  |
| Gebruikt u medicijnen tegen allergie? Zo ja, Welke? | ja/nee  |

**6. Algemene gegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Wat is uw gewicht? |  |
| Wat is uw lengte? |  |
| Rookt u? |  |

**Denkt u aan het afsluiten van een reisverzekering?**

**Naar waarheid ingevuld:**

Naam:……………………………………...

Datum:……………………………………..

Handtekening………………………………

Na het opsturen/afgeven van dit formulier zal bekeken worden welke vaccinaties of medicijnen u nodig heeft. Voor het maken van een afspraak wordt contact met u opgenomen.

Heeft u een GEEL VACCINATIEBOEKJE? Gelieve dit mee te nemen naar het spreekuur.

**Handtekening cliënt bij weigeren/niet opvolgen van specifiek advies:**

Handtekening:……………………………………………..