

Intakeformulier reizigersadvisering

Voor een goed advies is het belangrijk dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen

PERSOONSgegevens

Achternaam:	Voorletters:	M / V
-------------	--------------	-------

Straat, huisnummer:	Postcode:	Woonplaats:
---------------------	-----------	-------------

E-mailadres:

Telefoonnummer waar u overdag bereikbaar bent:	Telefoonnummer privé
--	----------------------

Geboortedatum:	Geboorteland:	Burger Service Nummer:
----------------	---------------	------------------------

REISgegevens

Vertrekdatum:	Datum thuiskomst:
---------------	-------------------

Vult u hieronder in welke gebieden, landen (provincies, steden) u gaat bezoeken.

Bestemming 1:	Verblijfsduur:
Bestemming 2:	Verblijfsduur:
Bestemming 3:	Verblijfsduur:

Reden van uw reis:	<input type="checkbox"/> Vakantie <input type="checkbox"/> Familiebezoek <input type="checkbox"/> Bezoek vrienden/kennissen <input type="checkbox"/> Werk/stage als:
Reisgezelschap:	<input type="checkbox"/> Individueel <input type="checkbox"/> Partner/gezin <input type="checkbox"/> Georganiseerde groepsreis <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
Accommodatie:	<input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Camping <input type="checkbox"/> Schip <input type="checkbox"/> Familie/vrienden <input type="checkbox"/> Lokale bevolking <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
Activiteiten:	<input type="checkbox"/> Verblijf op hoogte (> 2000 m), maximale hoogte waarop u verblijft: <input type="checkbox"/> Omgang met dieren <input type="checkbox"/> Medisch handelen <input type="checkbox"/> Sportieve vakantie, namelijk: <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:

Heeft u eerder een verre reis gemaakt?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, naar de volgende landen:
Wanneer was uw laatste reis?	Mijn laatste reis heb ik gemaakt in:
Had u tijdens deze reis problemen met betrekking tot uw gezondheid?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, ik had de volgende problemen:
Bent u van plan in de toekomst vaker te gaan reizen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja

VACCINATIEGEGEVENS

Heeft u als kind vaccinaties gehad?	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk <input type="checkbox"/> DTP <input type="checkbox"/> BMR <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u voor reizen of beroep vaccinaties gehad? Zo ja, vult u dan voor DTP en buiktyfus de laatste vaccinatiedatum in, bij hepatitis A + B en A/B <i>alle</i> vaccinatie data. Zie voor de data uw vaccinatieboekje.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> DTP: <input type="checkbox"/> Buiktyfus: <input type="checkbox"/> Hep A 1e: <input type="checkbox"/> Hep A 2e: <input type="checkbox"/> Hep B 1e: <input type="checkbox"/> Hep B 2e: <input type="checkbox"/> Hep A/B 1e: <input type="checkbox"/> Hep A/B 2e:
Waren er complicaties ten gevolge van deze vaccinaties?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, de volgende complicaties:
Heeft u eerder malariapillen gebruikt?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, de volgende: <input type="checkbox"/> Malarone <input type="checkbox"/> Lariam <input type="checkbox"/> Paludrine <input type="checkbox"/> Chloroquine
Lijdt u aan een chronische ziekte? Aan welke van de hiernaast genoemde ziektes lijdt u? Heeft u ooit hepatitis A (geelzucht) of B gehad? Heeft u nu psychische problemen of vroeger gehad? Gebruikt u hiervoor medicijnen? Welke van de volgende medicijnen gebruikt u? Bent u ooit bestraald? Heeft u chemokuren gehad? Bent u ooit geopereerd Heeft u een vaat- of hartklepprothese? Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden? Bent u zwanger? Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> maagdarmziekte <input type="checkbox"/> leverziekte <input type="checkbox"/> nierziekte <input type="checkbox"/> hart- of vaatziekte <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> stollingsziekte <input type="checkbox"/> afweerstoornis <input type="checkbox"/> hiv/AIDS <input type="checkbox"/> miltziekte <input type="checkbox"/> thymusziekte <input type="checkbox"/> kanker <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> anders: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> depressie <input type="checkbox"/> angststoornis <input type="checkbox"/> psychose <input type="checkbox"/> anders: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> maagzuurremmer <input type="checkbox"/> antibioticum <input type="checkbox"/> hivremmer <input type="checkbox"/> afweerremmer <input type="checkbox"/> antistolling <input type="checkbox"/> anticonceptiepil <input type="checkbox"/> ritalin <input type="checkbox"/> anders, namelijk: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, in <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, in <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> maag <input type="checkbox"/> darm <input type="checkbox"/> milt <input type="checkbox"/> anders: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> vaatprothese <input type="checkbox"/> hartklepprothese <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Weet niet. Datum laatste menstruatie: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld,

Datum:

Handtekening:

Paraaf reisadviseur:

Dit formulier ingevuld sturen aan: Therapeuticum Lemminkäinen, t.a.v. Cilia Fleuren, Noorderhaven 32, 9712 VK Groningen, of afgeven bij de balie.