

REIZIGERSADVIES FORMULIER

Om u optimaal te kunnen adviseren, is het van belang dat u deze vragenlijst zo volledig mogelijk invult. Neem indien mogelijk uw vaccinatieboekje en reisprogramma mee. Gebruik dit formulier niet voor meerdere reizigers tegelijk, maar vul per persoon één formulier in.

Naam: <input type="checkbox"/> Dhr. <input type="checkbox"/> Mw.		Voorletters:		Geboortedatum:	
Geboorteland:			Datum van immigratie (indien niet geboren in Nederland):		
Straat + huisnr:		Postcode + plaats:			
Telefoonnummer:		Gewicht:		Beroep:	
Reden van de reis:		<input type="checkbox"/> vakantie <input type="checkbox"/> vestiging		<input type="checkbox"/> werk: <input type="checkbox"/> O familie- of vriendenbezoek <input type="checkbox"/> anders:	
Accommodatie:		<input type="checkbox"/> hotel/ pension <input type="checkbox"/> appartement		<input type="checkbox"/> camping/ tent <input type="checkbox"/> guesthouse/ lodge/ hut	
		<input type="checkbox"/> bij lokale bevolking <input type="checkbox"/> bij familie/ vrienden		<input type="checkbox"/> O schip <input type="checkbox"/> anders:	
Risicovolle activiteiten tijdens de reis:		<input type="checkbox"/> verblijf > 2.500 m hoogte <input type="checkbox"/> seks, tatoeage of piercing		<input type="checkbox"/> O omgang met dieren <input type="checkbox"/> O medische handelingen	
		<input type="checkbox"/> O (water)sport <input type="checkbox"/> anders:			
Reisgezelschap:		<input type="checkbox"/> O geen (individuele reis)		<input type="checkbox"/> O partner/ gezin <input type="checkbox"/> O familie/ vrienden <input type="checkbox"/> O groep <input type="checkbox"/> O	

Bestemming/ land	Gebied/ regio/ plaatsnamen	Reisdata	Aantal dagen
1.		van t/m	
2.		van t/m	
3.		van t/m	

Medische gegevens	Ja	Nee	Toelichting
Bent u onder behandeling of controle van een arts?			Naam en reden: Is deze op de hoogte van uw reis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Lijdt u aan een (chronische) ziekte?			<input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> hart- of vaatziekte <input type="checkbox"/> O stollingsstoornis <input type="checkbox"/> sikkelcel <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> O nierziekte <input type="checkbox"/> O maagdarmsziekte <input type="checkbox"/> anders:
Gebruikt u medicijnen of de (anticonceptie)pil?			Welke?:
Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of een ander psychisch probleem gehad?			<input type="checkbox"/> O depressie <input type="checkbox"/> O psychose <input type="checkbox"/> O angststoornis <input type="checkbox"/> O verslaving <input type="checkbox"/> O anders:
Bent u ergens allergisch voor?			<input type="checkbox"/> O kippeneiieren/ kippeneiwit <input type="checkbox"/> O medicijnen <input type="checkbox"/> O bijen- of wespengif <input type="checkbox"/> O anders:
Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed?			Reden:
Heeft u een pacemaker of vaatprothese?			<input type="checkbox"/> O pacemaker <input type="checkbox"/> O kunsthartklep <input type="checkbox"/> O stent <input type="checkbox"/> O anders:
Bent u ooit geopereerd?			Aard operatie(s):
Wordt u bestraald, krijgt u een chemokuur, of heeft u één van beide ooit ondergaan?			Datum en reden:
Bent u zwanger of van plan dat binnenkort te worden?			Aantal weken zwanger:
Geeft u borstvoeding?			
Heeft u geelzucht gehad of zijn er ooit antistoffen tegen hepatitis A en/ of B bepaald?			
Bent u ooit gevaccineerd?			Vaccinatie(s) + datum: <input type="checkbox"/> O als kind : <input type="checkbox"/> O in militaire dienst: <input type="checkbox"/> O i.v.m. een reis : <input type="checkbox"/> O anders :
Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van vaccinaties, bloedafname of malariatabletten?			Welk vaccin/ welke malariatabletten: Welke bijwerking? <input type="checkbox"/> O flauwvallen <input type="checkbox"/> O koorts <input type="checkbox"/> O huiduitslag <input type="checkbox"/> O anders:
Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad?			Aard problemen:
Draagt u contactlenzen?			<input type="checkbox"/> O hard <input type="checkbox"/> O zacht
Voelt u zich op dit moment ziek of ongelukkig?			Aard klachten:

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:

Paraaf reizigersadviseur:

Handtekening: