

Inleverdatum:

INTAKEFORMULIER REIZIGERSADVISING VACCINATIES

RECEPTEN VOORGESCHREVEN:

| | | | |
|-------------------------|-----------------|---------------------|----------|
| <u>INFO MEEGEGEVEN:</u> | 01. Hep. A | 06. Malaria | 11. |
| | 02. DTP | 07. Rabiës | 12. |
| | 03. Buiktyfus | 08. TB | 13. |
| | 04. Gele koorts | 09. Denque | 14. |
| | 05. Hep. B | 10. Schistosomiasis | 15. |

GEGEVENS:

naam eigen huisarts:
achternaam: dhr/mw
voorletters:
straat en huisnr.:
postcode:
woonplaats:
geboorteland:
geboortedatum:
telefoon (mobiel)
telefoon (werk/privé):
beroep:
jaar van immigratie naar Nederland:

Reden reis: * Vakantie / familiebezoek / emigratie / werk / stage als:

Omschrijving reis: * Volledig georganiseerd / alles zelf geregeld

Verblijfsomstandigheden:

- | | | |
|--------------------|----------------------------|------------------|
| 1. hotel / pension | 4. appartement | 7. schip |
| 2. guesthouse | 5. bij lokale bevolking | 8. onbekend |
| 3. camping / tent | 6. bij kennissen / familie | 9. anders: |

Soort reis: * strand / avontuurlijk /

Hoogte: * hoger dan 2500 meter: Ja / Nee

REISGEGEVENS: (Zo uitgebreid mogelijk, bij voorkeur van een beschrijving reisroute + kaartje):

Datum van vertrek:

Verblijfsduur:

Tussenlanding:

Bestemming (land met regio, evt. plaatsnamen):

Denkt u aan uw reisverzekering?!

Optie voor 2^e reis

Datum van vertrek:

Verblijfsduur:

Bestemming (land met regio, evt. plaatsnamen):

VACCINATIEGEGEVENS:

| | | |
|----------------------------------|----------|----------|
| Bent u ooit eerder gevaccineerd? | Ja / Nee | Wanneer? |
| Hepatitis A (Havrix) | | |
| DTP (Difterie, Tetanus, Polio) | | |
| Buiktyfus (Typhim-Vi) | | |
| Gele Koorts (Stamaril) | | |
| | | |

Heeft u een geel vaccinatieboekje? Graag meenemen!

Heeft u ooit problemen gehad na een vaccinatie? Ja / Nee

Heeft u eerder malariatabletten geslikt? Ja / Nee

Zo ja, welke?

Heeft u bijwerkingen ondervonden? Ja / Nee

Zo ja, welke?

MEDISCHE GEGEVENS:

OPMERKINGEN:

Lijdt u aan een ernstige ziekte? Ja / Nee

Bent u onder controle van een arts/specialist? Ja / Nee

Zo ja, welke?

Heeft u in het verleden mazelen gehad? Ja / Nee

BENT U BEKEND MET, OF BEHANDELD VOOR:

- Depressie of psychische problemen Ja / Nee
- Suikerziekte (Diabetes Mellitus) Ja / Nee
- Epilepsie Ja / Nee
- Hartziekten Ja / Nee
- Geelzucht (Hepatitis A) Ja / Nee
- Aids / HIV 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
- Gebruikt u de pil? Ja / Nee
- Gebruikt u regelmatig medicijnen? Ja / Nee Zo ja, welke

Bent u zwanger? Ja / Nee

Is er een zwangerschapswens? Ja / Nee

Geeft u borstvoeding? Ja / Nee

Bent u allergisch voor kip / ei / medicijnen? Ja / Nee

Bent u allergisch voor andere stoffen? Ja / Nee

Kosten voor het uitzoeken / voorschrijven recepten / zetten van vaccinaties: € 56,80
Kosten voor het uitzoeken / voorschrijven recepten / zetten van vaccinaties voor landen grenzend aan de Middellandse Zee: € 20,70
Kosten voor de vaccins via apotheek Boomstede (hiervan krijgt u een rekening).

Bovengenoemde patiënt verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld:

ONDERTEKEND D.D.

HANDTEKENING