**Huisartsenpraktijk Meerweg**

*Artsen: BJC de Rooij, MD v Pelt*

**INTAKE-FORMULIER REIZIGER**

*Vul voor een optimaal advies dit formulier zo volledig mogelijk in. Streep door wat niet van toepassing is*

Naam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Voorletters:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m/v Geboortedatum:\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboorteland/opgegroeid in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In Nederland sinds: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Woonplaats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_kg Vertrekdatum reis: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bestemming land** | **Gebied/regio/plaats\*** | **Reisdata** | **Aantal dagen** |
| 1. |  | Van t/m |  |
| 2. |  | Van t/m |  |
| 3. |  | Van t/m |  |
| 4. |  | Van t/m |  |

\**probeer zo duidelijk mogelijk te zijn over uw reis, voeg eventueel kaartje bij*

**Reden reis:**

* Vakantie
* Bezoek familie, kennissen
* Migratie
* Werk, stage als:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Anders, nl:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Reisgezelschap:**

* Individueel
* Partner, gezin
* Anders:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Accommodatie:**

* Hotel
* Appartement
* Camping
* (cruise)schip
* Familie, kennissen
* Bij lokale bevolking
* Anders, nl:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Activiteiten:**

* Verblijf op hoogten (> 2500m.
* Omgang dieren
* Medisch handelen
* Jungle tocht
* (water)sport, bv raften
* Anders, nl:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u eerder gevaccineerd? Nee/ja/ als kind/ in militaire dienst/ ivm reis

zo ja welke?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie? Nee / ja

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten? Nee/ ja

Bent u ergens allergisch voor? Nee / ja / kippenei(-eiwit)/bijen- of wespengif/ antibiotica/ medicijnen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anders:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u onder behandeling of controle van een arts? Nee / ja reden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u een van de volgende ziektes (gehad)? Nee / ja suikerziekte / maagdarmziekte/

 leverziekte/ nierziekte/ hart-of

 vaatziekte/epilepsie/stollingsziekte

 afweerstoornis/hiv/AIDS/miltziekte

 thymusziekte/ kanker/ psoriasis/

 anders: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u ooit hepatitis A of B (geelzucht) gehad? Nee/ Ja/ A/ B/ geel zien/ antistoffentest

Heeft u nu of vroeger psychische problemen (gehad)? Nee/ ja/ depressie/ angststoornis/ psychose

 anders: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u medicijnen en/of de (anticonceptie) pil? Nee /ja/ maagzuurremmer/antibioticum/

(Ook middelen niet voorgeschreven door een arts) Hivremmer/ afweerremmer/ antistolling/

 anticonceptiepil/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad? Nee/ja

Bent u ooit geopereerd? Nee/ ja/ maag/ darm/ milt/ anders: \_\_\_\_\_\_

Heeft u een vaatprothese of hartklepprothese? Nee/ ja/ vaatprothese / hartklepprothese

**Voor vrouwen**

Bent u zwanger? Nee/ ja/ weet niet/ duur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden? Nee/ ja/ laatste menstruatie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geeft u borstvoeding? Nee/ ja

Heeft u ooit gezondheidsproblemen gehad op reis? Nee/ ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zijn er nog andere zaken die u wilt bespreken? Nee/ ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.*

Datum:\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paraaf reizigersadviseur:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Handtekening cliënt bij weigeren/niet opvolgen specifiek advies: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

De kosten bedragen **56.57** Euro! Dit kunt u weer declareren bij uw zorgverzekeraar.

Telefonisch wordt er contact met u opgenomen.

**Tot slot: 1. Sluit kaartje of reispapieren bij.**

 **2. Sluit het internationaal vaccinatiebewijs en/of kindervaccinatieboekje bij**

 **3. Alleen contante betaling mogelijk**