

Reisanamneseformulier

Persoonlijke gegevens:

Achternaam: M/V

Voorletters:

Adres & huisnummer:

Postcode & Woonplaats :

Telefoonnummer:

Geboortedatum & Geboorteland :

Huisarts :

Lichaamsgewicht :

Welke zorgverzekeraar :

Welk pakket bij zorgverzekeraar :

Reisgegevens :

Vertrekdatum : Totale verblijfsduur in dagen :

Land	Gebied/regio	Verblijfsdata	Aantal dagen
		van tot	
		van tot	
		van tot	
		van tot	

Reden reis :

- vakantie
- familie- of vriendenbezoek
- stage:.....
- vestiging
- werk:.....
- anders:

Reisgezelschap:

- geen (individuele reis)
- partner / gezin
- familie of vrienden
- groep
- anders:.....

Omschrijving reis:

- volledig georganiseerd
- alleen verblijf georganiseerd
- alleen vervoer georganiseerd
- alles zelf geregeld

Accommodatie:

- hotel/pension
- bij lokale bevolking
- guesthouse
- bij lokale familie/vrienden
- camping/tent
- boot/schip
- appartement
- anders.....

Risicovolle activiteiten tijdens de reis:

- verblijf > 2.500 m hoogte
- medisch (be) handelingen
- omgang met dieren
- (water) sport:.....
- seks, tatoeage of piercing
- anders:.....

Bent u van plan binnen enige jaren vaker naar dergelijke bestemmingen te reizen?

- ja
- nee

Medische gegevens:**Bent u in het verleden gevaccineerd?**

- nee
 ja, volgens rijksvaccinatie programma
 ja, tijdens militaire dienst, jaartal:
 ja, anders namelijk:

Indien u ingevuld heeft met "ja", neem dan uw vaccinatie boekje of militair paspoort mee of vul onderstaande tabel in.

	Jaar		Jaar
DTP		BMR	
Buiktyfus		Gele koorts	
Hepatitis A		Andere vaccinaties	
Hepatitis B		Andere vaccinaties	

Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van vaccinaties, bloedafname of malariatabletten?

- ja nee Zo ja, welke complicaties bij welke vaccinaties of tabletten?

Bent u onder behandeling of controle van een arts of specialist?

- ja nee Zo ja, welke arts of specialist en waarvoor?

Is de arts of specialist op de hoogte van uw reis?

Heeft u een chronische ziekte of aandoening?

- ja nee Zo ja, welke?

Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of een ander psychisch probleem gehad?

- ja nee Zo ja, welke vorm?

Bent u ergens allergisch voor?

- ja nee Zo ja, waarvoor?

Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed?

- ja nee Reden:

Wordt u bestraald, krijgt u een chemokuur, of heeft u het ooit ondergaan?

- ja nee Wat was de reden en ongeveer de datum:

Heeft u een vaatprothese of pacemaker?

- ja nee Welke?

Bent u in militaire dienst geweest?

- ja nee Zo ja, welk jaar?

Heeft u geelzucht gehad of zijn er ooit antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald?

- ja nee Zo ja, graag kopie van de bepaling.

Geneesmiddelgebruik:

Sommige geneesmiddelen kunnen bij gelijktijdig gebruik elkaars werking of bijwerkingen beïnvloeden. Vertel uw arts of apotheker altijd welke geneesmiddelen u gebruikt. Vul hieronder in welke geneesmiddelen u op dit moment gebruikt. Dit geldt ook voor middelen die u bij de drogist of een andere apotheek hebt gehaald.

	Geneesmiddel + dosering
1	
2	
3	
4	
5	

Overige medische gegevens:

Zwangerschap/kinderwens	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	weken zwanger op vertrekdag:
Borstvoeding	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Anticonceptie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Contactlenzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	harde of zachte lenzen:
Transplantatie ondergaan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Maag- of darmklachten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	

Ondertekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Bij inleveren van het anamnese formulier graag kopie legitimatie en evt. vaccinatie boekje of medisch paspoort inleveren. Bij het inleveren van het anamnese formulier brengen wij 5 euro in rekening, dit graag contant bij de assistente inleveren.

Datum:

Stempel van Gezondheidscentrum:

Handtekening reiziger:

Paraaf van Reizigersadviseur: