

Intakeformulier / gezondheidsverklaring

Naam:	Geboortedatum:
Voorletters: man <input type="checkbox"/> vrouw <input type="checkbox"/>	Geboorteland:
Adres:	Bestemming:
Postcode:	Reisroute:
Woonplaats:	Datum vertrek:
Telefoon privé:	Verblijfsduur:
E- mail adres:	Reisbureau:
GSM nr:	Internetboeking: ja / nee
Beroep:	

Reden reis: vakantie zakelijk bezoek familie- kennissen vestigingstage werk als:
 Verblijf: hotel appartement bij familie- kennissen bij lokale bevolking tent schip overig:

N.B. Uw gegevens worden strikt vertrouwelijk volgens privacywetgeving behandeld, en niet aan derden verstrekt!

Wilt u de juiste antwoorden omcirkelen?

Bent u onder behandeling/controlle van een huisarts/medisch specialist?	ja	nee	Indien ja, naam: verwijzing/overleg:
Lijdt u aan suikerziekte, epilepsie, psoriasis, nierziekte, leverziekte?	ja	nee	Indien ja, welke?
Heeft u maag- of darmaandoening?	ja	nee	
Lijdt/leed u aan een depressie of andere psychische problemen?	ja	nee	
Heeft u een vaatprothese of een pacemaker?	ja	nee	
Heeft u een aandoening waardoor u een verminderde afweer tegen infecties heeft?	ja	nee	
Heeft u een verminderde bloedstolling of gebruikt u bloedverdunners?	ja	nee	Indien ja, welke? Trombosedienst: ja / nee
Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed?	ja	nee	
Heeft u geelzucht (hepatitis A) gehad?	ja	nee	
Heeft u de laatste jaren chemokuren gehad, of bent u bestraald?	ja	nee	Indien ja, reden? wanneer afgerond?
Gebruikt u medicijnen?	ja	nee	Indien ja, welke?
Heeft u eerder tropen vaccinaties gehad?	ja	nee	Indien ja, welke en wanneer?
Heeft u ooit problemen gehad na vaccinaties, of bijwerkingen ondervonden van malariatabletten?	ja	nee	Indien ja, welke malaria tabletten?
Gaat u tijdens uw reis duiken/snorkelen,bergbeklimmen?	ja	nee	
Bent u wel eens flauwgevallen tijdens of na een vaccinatie of bloedafname?	ja	nee	
Bent u ergens allergisch voor?	ja	nee	Indien ja, waarvoor? antibiotica / kip / eieren / anders, nl:
Bent u zwanger ?	ja	nee	Indien ja, hoeveel weken?
Bent u van plan dit op korte termijn te worden?	ja	nee	
Geeft u borstvoeding?	ja	nee	
Voelt u zich op dit moment gezond?	ja	nee	
Wat is uw gewicht/lengte? (meten)			
Rookt U?			
Hebt u onlangs antibioticum gebruikt?			

Voor akkoord en naar waarheid ingevuld:

datum:

handtekening:

Volgens wetgeving is deze gezondheidsverklaring 1 maand geldig.

(handtekening ouder/verzorger en aanwezigheid van voornoemde tijdens consult indien reiziger jonger dan 18 jaar)