

## Intake Formulier voor Reizigers

### Persoonsgegevens

\* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Naam en voorletters : ..... M / V \*  
Geboortedatum : ..... Geboorteland : .....  
Adres : .....  
Postcode : ..... Woonplaats : .....  
Telefoonnummer : ..... Email adres : .....

### Reisgegevens

Vertrekdatum : ..... Totale verblijf in dagen : .....

Vul in welk(e) land(en) en plaatsnamen u achtereenvolgens bezoekt en geef per plaatsnaam en/of regio de verblijfsduur aan.

Land en plaatsnaam van verblijfsplaats(en)	Verblijfsdata:	Aantal dagen
1 .....	van:.....tot:.....	.....
2 .....	van:.....tot:.....	.....
3 .....	van:.....tot:.....	.....
4 .....	van:.....tot:.....	.....

**U reist:** alleen / met partner / kinderen / kennissen \*  
Geldt het uit te brengen advies ook voor hen? Ja / Nee / n.v.t.\*

**Reden reis:**  
vakantie / familiebezoek / tijdelijke vestiging / werk als: ..... / Stage  
als:..... \*

**Heeft u als eens eerder een verre reis gemaakt?**

Ja / Nee \*

Indien ja, naar welk(e) land(en) en in welk jaar?

.....  
.....

**Heeft u toen problemen met betrekking tot uw gezondheid ondervonden?**

Ja / Nee \*

Indien ja, aard:.....

**Hoe omschrijft u uw toekomstige reis:**

- 0 Volledig georganiseerd
- 0 Vervoer en verblijf is georganiseerd
- 0 Alleen vervoer is georganiseerd
- 0 Alles zelf geregeld

**Verblijfsomstandigheden:**

Hotel / Pension / Guesthouse / Bij lokale bevolking / Camping / Bij kennissen of familie / Appartement / Boot / Nog niet bekend \*

**Vaccinatiegegevens uit het verleden**

**Bent u als kind ingeënt?** Ja / nee / onbekend \*

**Bent u in het verleden gevaccineerd?** Ja / nee / onbekend \*  
Indien ja, jaartal laatste vaccinatie invullen.(zie vaccinatieboekje)

DTP .....  
Buiktyfus .....  
Hepatitis A (vaccin) .....  
Hepatitis B .....  
.....

**Complicaties ten gevolge van deze vaccinaties?** Ja / Nee \*

Indien ja, welke .....

Heeft u een vaccinatieboekje? Ja / Nee \*

Heeft u eerder malariapillen gebruikt? Ja / Nee \*

Indien ja, welke: Malarone / Paludrine / Nivaquine / Lariam \*

**Medische gegevens**

**Lijdt u aan een ernstige ziekte?** Ja / Nee \*

Indien ja, welke .....

**Wordt u behandeld wegens?**

Psychische problemen	Ja / Nee *
Suikerziekte	Ja / Nee *
Epilepsie	Ja / Nee *
Hartziekte	Ja / Nee *
Hepatitis	Ja / Nee *
Longziekte	Ja / Nee *
Maag of darm klachten	Ja / Nee *
Nierziekte	Ja / Nee *
Psoriasis	Ja / Nee *

Huisartsenpraktijk Zaamslag  
Mvr. A. van Mackelenbergh & dhr M Penne, huisartsen  
Voorburcht 2  
4543 AZ Zaamslag  
Tel: 0115-431244

Stollingsstoornissen	Ja / Nee *
Is uw milt verwijderd?	Ja / Nee *
Gebruikt u de pil?	Ja / Nee *
Bent u zwanger of is er een zwangerschapswens?	Ja / Nee *
Geeft u borstvoeding?	Ja / Nee *
Bent u overgevoelig voor kippe-eiwit?	Ja / Nee *

**Bent u overgevoelig voor bepaalde geneesmiddelen?** Ja / Nee \*

Indien ja, welke.....

**Welke geneesmiddelen gebruikt u?**

0 Prednison  
0 Immunosuppressiva  
0 Hart  
0 Maag / darm  
0 Antistolling  
0 Antibiotica  
0 Slaapmiddelen  
0 .....

---