



huisartsenmaatschap
Duiven

Intakeformulier (gezondheidsverklaring, anamnese)

Uw reizigersadviseur is huisarts F. Mulling, Spoorallee 26, 6921 HZ Duiven 0316 – 264475.

Intake formulier reisadvies

Vul voor een optimaal advies dit formulier zo volledig mogelijk in. Zet alleen een vinkje indien van toepassing. Heeft u een vaccinatieboekje: lever deze dan ook aan.

Uw huisarts is: _____

Persoonlijke gegevens:

Naam : _____

Voorletters : _____

Geslacht : m / v

Geboortedatum : ____ / ____ / ____

BSN : _____

Adres : _____

Postcode : _____ Woonplaats: _____

Geboorteland / opgegroeid in: _____

In Nederland sinds : _____

E-mail : _____

Telefoon : _____

Beroep : _____

Gewicht : _____

Vertrekdatum reis : ____ / ____ / ____

Land van bestemming : _____

Land/gebied/plaats : _____

Duur: Land(en) van bestemming: gebied / plaats en duur van verblijf invullen

1. _____

3. _____

2. _____

4. _____

Reden reis:

☐ vakantie ☐ bezoek familie/kennissen ☐ migratie ☐ werk/stage als

Reisgezelschap ☐ Individueel ☐ partner / gezin ☐ anders: _____

Accommodatie: ☐ hotel ☐ appartement ☐ camping ☐ schip ☐ familie/kennissen

☐ lokale bevolking ☐ anders: _____

Welke activiteiten: ☐ klimmen, verblijf op hoogte (>2500 m) ☐ omgang met dieren

☐ medisch handelen ☐ hardlopen ☐ fietsen/mountainbiken/wielrennen ☐ duiken

☐ anders: _____

Gaat u naar een gebied waar malaria voorkomt? ☐ nee ☐ ja ☐ weet ik niet

Gaat u naar een gebied waar gele koorts voorkomt? ☐ nee ☐ ja ☐ weet ik niet

Bent u eerder gevaccineerd? ☐ nee ☐ ja ☐ als kind (vaccinaties volgens RVP)

☐ in militaire dienst

☐ i.v.m. reis, welke vaccinaties _____ wanneer _____

☐ weet ik niet

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie?

☐ nee ☐ ja welk vaccin _____ datum _____

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten?

☐ nee ☐ ja welke _____

Bent u ergens allergisch voor?

☐ nee ☐ ja ☐ kippenei(-eiwit) ☐ anders nl. _____

Gebruikt u medicijnen?

☐ nee ☐ ja welke _____

Bent u onder behandeling of controle van een arts?

☐ nee ☐ ja reden _____

Naam behandelend arts: _____

Heeft u een van de volgende ziektes (gehad)?

☐ nee

☐ suikerziekte ☐ maagdarmziekte ☐ leverziekte ☐ nierziekte ☐ hart- of vaatziekte

☐ epilepsie ☐ stollingsziekte ☐ afweerstoornis ☐ HIV/Aids ☐ miltziekte ☐ thymusziekte (klier in de borstkas) ☐ 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 ☐ hiv remmer ☐ afweerremmer

☐ antistolling ☐ anticonceptiepil, zo ja welke? _____

Middelen niet voorgeschreven door een arts: _____

Ben u ooit bestraald geweest of heeft u chemokuren gehad?

☐ nee ☐ ja, periode: _____

Bent u ooit geopereerd?

☐ nee ☐ ja ☐ maag ☐ darm ☐ milt ☐ anders: _____

Heeft u een vaatprothese of hartklepprothese?

☐ nee ☐ ja ☐ vaatprothese ☐ hartklepprothese

Bent u zwanger?

☐ nee ☐ ja, duur _____ ☐ weet ik niet

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 zoals _____

Zijn er nog andere zaken die u wilt bespreken?

☐ nee ☐ ja, welke _____

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum ____/____/____

Handtekening

Paraaf / naam en naam reizigersadviseur

Handtekening bij weigeren / niet opvolgen specifiek advies
