 **REIZIGERSFORMULIER**

Naam : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geslacht : man/vrouw

Geboortedatum : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BSN nummer : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode en plaats : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoonnr. vast : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoonnr. mobiel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mailadres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aard van de reis : Werk/Primitief/Rondreis/Georganiseerd/All-Inclusive/Luxe

Vertrekdatum : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Verblijfsduur per land/gebied:**

Land Gebied Data Aantal dagen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_t/m \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_t/m \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_t/m \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verblijft u boven 2000 meter NAP? Ja / Nee

**Vaccinatiegegevens**

Heeft u (als kind) het Rijk Vaccinatie Programma doorlopen? Ja / Nee

Bent u in militaire dienst geweest? Ja / Nee

In welk jaar? \_\_\_\_\_\_\_

Heeft u de laatste 15 jaar een reis gemaakt waarvoor vaccinaties nodig waren? Ja / Nee

Zo ja, heeft u hier nog een (geel) vaccinatie boekje van? Graag meenemen Ja / Nee

Vaccinatie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vaccinatie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u eerder malaria pillen gehad? Ja / Nee

Bijwerkingen gehad? Zo ja, welke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja / Nee

**Medische gegevens**

Gebruikt u medicijnen/anticonceptie? Ja / Nee

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u allergisch voor geneesmiddelen/kippeneiwit Ja / Nee

Zo ja, waarvoor?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lijdt u aan een bepaalde ziekte of aandoening? Ja / Nee

Zo ja, waaraan?

Hart / Long / Nier / Stolling / Depressie / Psoriasis / Diabetes / Epilepsie / HIV/

Anders nl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u ooit een transplantatie ondergaan? Ja / Nee

Bent u of wordt u bestraald? Ja / Nee

Is uw milt weggenomen? Ja / Nee

Heeft u Hepatitis A (geelzucht) gehad en/of zijn antistoffen tegen Hep. A bepaald? Ja / Nee

Voor vrouwen: heeft u een kinderwens of bent u zwanger? Ja / Nee / n.v.t.

Indien u zwanger bent, hoeveel weken? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Het ingevulde formulier kunt u mailen naar [doktersassistente@heelkom.nl](mailto:doktersassistente@heelkom.nl) of afgeven bij de balie van de

huisartsenpraktijk, Walter van Amersfoortstraat 36, Achterveld.

* Er wordt voor u een advies op maat uitgewerkt. Aan dit advies zijn kosten verbonden, zie hiervoor de website [www.heelkom.nl](http://www.heelkom.nl) reizigersadvies, een link voor de tarieven.
* De assistente neemt contact met u op voor het maken van een afspraak.