

**PERSOONSGEGEVENS** Voorletters:       Naam:       M [ ] V [ ]

 Geb. datum:      -     -      Meisjesnaam:

 Adres:       Tel nr:

 Postcode:       Woonplaats:       Mobiel:

 Heeft u al eens eerder een verre reis gemaakt naar een risicogebied?

 Nee[ ]  / Ja [ ] → voor het laatst in       naar welk(e) land(en):

 Heeft u toen problemen met betrekking tot uw gezondheid ondervonden:

 Nee[ ]  / Ja [ ] → aard van het probleem:

**REISGEGEVENS** Vertrekdatum:      Totale verblijfsduur:     dagen

 Vul in welk(e) land(en) en gebieden u achtereenvolgens bezoekt en geef per gebied/regio de verblijfsduur aan:

 **LAND GEBIED VERBLIJFSDATA AANTAL DAGEN**

             Van       Tot

             Van       Tot

             Van       Tot

 Omschrijving van de reis: Primitief[ ]  / Rondreis[ ]  / Georganiseerd[ ]  / All-inclusive[ ]  / Overig[ ]

**MEDISCHE GEGEVENS** Lijdt u aan een ernstige ziekte, en zo ja welke? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Lijdt u aan depressie of andere psychische problemen? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Gebruikt u medicijnen of de pil, en zo ja welke? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Staat u onder behandeling van een arts, zo ja waarvoor? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Bent u ooit geopereerd? Nee[ ]  / Ja[ ]

Heeft u een vaatprothese of pacemaker? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Is uw milt weggehaald, of werkt uw milt minder goed? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Heeft u verminderde bloedstolling of gebruikt u bloedverdunners? Nee[ ]  / Ja[ ]

Heeft u maag/darmklachten? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Heeft u een verminderde weerstand tegen infecties? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Heeft u chemokuren of een bestraling ondergaan? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Lijdt u aan psoriasis, epilepsie, suikerziekte, nierziekte, leverziekte? Nee[ ]  / Ja[ ]

Bent u (mogelijk binnenkort) zwanger of geeft u borstvoeding? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Heeft u geelzucht gehad, zijn er antistoffen tegen hepatitis bepaald? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Bestaat de mogelijkheid van seksueel contact met de autochtone bevolking? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Ben u van plan een piercing of tatoeage te laten zetten? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Bent u allergisch voor kippeneiwit, antibiotica of iets anders? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Heeft u ooit complicaties gehad van vaccinaties? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Bent u in militaire dienst geweest? Nee[ ]  / Ja[ ]

**VACCINATIEGEGEVENS** Bent in het verleden gevaccineerd? Nee[ ]  / Ja[ ]

 Indien JA, data laatste vaccinaties: DTP       Buiktyphus       Gele koorts

 Hepatitis A       Hepatitis B       Andere, nl

Eventueel opmerkingen:

U kunt het formulier versturen per e-mail naar info@huisartsenbadhoevedorp.nl of uitprinten en aan de balie afgeven op de Zeemanlaan 20B,

te Badhoevedorp. Zorgt U ervoor dat het formulier minimaal 2 dagen voor de afspraak met de traveldoctor op de praktijk aanwezig is?

Dan kunnen wij uw reis ook goed voorbereiden.