

**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](mailto: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.