

**REISANAMNESE FORMULIER**, liefst minimaal 6 weken voor vertrek inleveren, bij Kring-apotheek Cleij of huisartsenpraktijk Samen Beter. Om u optimaal te kunnen adviseren, is het van belang dat u deze vragenlijst zo volledig mogelijk invult. Neem indien mogelijk uw vaccinatieboekje en reisprogramma mee. Gebruik dit formulier niet voor meerdere reizigers tegelijk, maar vul per persoon één formulier in.

**Naam:** Dhr. / Mevr. **Voornaam:** **Geboortedatum:**  
**Geboorteland:** **Datum van immigratie** (indien niet geboren in Nederland):  
**Straat+huisnr:** **Postcode+plaats:**  
**Telefoonnummers: thuis:** **mobiel:** **werk:**  
**Gewicht:** kg. **Beroep:**  
**Reden van reis:**  vakantie  werk  familie- of vriendenbezoek  
 vestiging  anders:  
**Accommodatie:**  hotel / pension  appartement  camping / tent  
 bij lokale bevolking  bij familie/vrienden  guesthouse / lodge /hut  
 schip  anders:  
**Risicovolle activiteiten:**  verblijf >2.500m hoogte  bezoek grotten / contact met dieren  (water)sport  
**Tijdens de reis:**  seks, tatoeage of piercing  medische handelingen  anders:  
**Reisgezelschap:**  geen (individueel reizen)  partner / gezin  familie/vrienden  
 groep  anders:

Bestemming (land)	Gebied / regio / plaatsnamen	Reisdata	Aantal dagen
1.		Van t/m	
2.		Van t/m	
3.		Van t/m	

Medische gegevens	Ja	Nee	Toelichting
Bent u onder behandeling of controle van een arts?			Naam en reden: Is deze op de hoogte van uw reis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Lijdt u aan een (chronische) ziekte?			<input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> hart- of vaatziekten <input type="checkbox"/> stollingsstoornis <input type="checkbox"/> kanker <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> anders:
Gebruikt u medicijnen of de (anticonceptie) pil			Welke:
Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of een ander psychisch probleem gehad?			<input type="checkbox"/> depressie <input type="checkbox"/> psychose <input type="checkbox"/> angststoornis <input type="checkbox"/> verslaving <input type="checkbox"/> anders:
Bent u ergens allergisch voor?			<input type="checkbox"/> kippeneieren/kippeneiwit <input type="checkbox"/> medicijnen <input type="checkbox"/> bijen- of wespengif <input type="checkbox"/> anders:
Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed?			Reden:
Heeft u een pacemaker of vaatprothese?			<input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> kunsthartklep <input type="checkbox"/> stent <input type="checkbox"/> anders
Bent u ooit geopereerd?			Aard operatie(s):
Wordt u bestraald, krijgt u een chemokuur, of heeft u één van beide ooit ondergaan?			Datum en reden:
Bent u zwanger of van plan dat binnenkort te worden?			Aantal weken zwanger:
Geeft u borstvoeding			
Heeft u geelzucht gehad of zijn er ooit antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald?			
Bent u ooit gevaccineerd?			Vaccinatie(s) + datum
Indien aanwezig kopie Vaccinatieboekje toevoegen			<input type="checkbox"/> als kind <input type="checkbox"/> in militaire dienst <input type="checkbox"/> i.v.m. een reis <input type="checkbox"/> anders, bv tetanus na verwonding
Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van vaccinaties, bloedafname of malariatabletten?			Wel vaccin/welke malariatabletten? Welke bijwerking? <input type="checkbox"/> flauwvallen <input type="checkbox"/> koorts <input type="checkbox"/> huiduitslag <input type="checkbox"/> anders:
Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad?			Aard problemen:
Voelt u zich op dit moment ziek en ongelukkig?			Aard klachten:
Draagt u contactlenzen			<input type="checkbox"/> hard <input type="checkbox"/> zacht

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:  
Handtekening:

Paraaf reizigersadviseur: