

# REISANAMNESE

Voor een goed advies is het belangrijk deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen.

Gebruik voor iedere afzonderlijke reiziger een apart formulier.

## Persoonsgegevens

Naam:.....Dhr. / Mw.  
Meisjesnaam:.....  
Voorletters:..... Beroep:.....  
Adres:..... Postcode:.....  
Woonplaats:..... Tel.nr. prive:.....  
werk :.....  
Geboortedatum:.....Geboorteland:.....

**U reist:** alleen / met partner / kinderen / kennissen

**Reden reis:** vakantie / familiebezoek / tijdelijke vestiging  
werk als...../ stage als.....

**Heeft u al eens eerder een verre reis gemaakt?**

- Ja, voor het laatst in .....naar welk(e) land(en)  
 Nee

**Heeft u toen problemen met betrekking tot uw gezondheid ondervonden?**

- Ja, aard.....  
 Nee

**Bent u van plan vaker een verre reis te maken?**

- Ja  
 Nee

## Reisgegevens

Vertrekdatum:.....

Totale verblijfsduur in dagen:.....

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

Land	Gebied / regio / plaats(en)	Verblijfsdata	Aantal dagen
1:		Van:.....tot:.....	
2:		Van:.....tot:.....	
3:		Van:.....tot:.....	
4:		Van:.....tot:.....	
5:		Van:.....tot:.....	

S.v.p. bij rondreizen een kopie van uw reisroute bijvoegen of website reisorganisatie vermelden.

**Hoe omschrijft u uw reis?**

- Volledig georganiseerd
- Alleen vervoer + verblijf is georganiseerd
- Alleen vervoer is georganiseerd
- Alles zelf geregeld

**Verblijfsomstandigheden**

- |                                       |   |                                       |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Hotel / pension | <input type="radio"/> Appartement             | <input type="radio"/> Boot            |
| <input type="radio"/> Guesthouse      | <input type="radio"/> Bij lokale bevolking    | <input type="radio"/> Nog niet bekend |
| <input type="radio"/> Camping         | <input type="radio"/> Bij kennissen / familie |                                       |

**Medische gegevens**

**Bent u als kind gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma:**       Ja  
 Nee

**Bent u in het verleden (buiten de rijksvaccinaties) gevaccineerd;**

- Nee / onbekend
- Ja, tegen:

	<i>jaartal laatste vaccinatie*</i>
<input type="radio"/> DTP	.....
<input type="radio"/> buiktyfus	.....
<input type="radio"/> hepatitis A (vaccin)	.....
<input type="radio"/> hepatitis A (immunoglobuline)	.....
<input type="radio"/> hepatitis B	.....
<input type="radio"/> BMR	.....
<input type="radio"/> overige.....	.....

\*(zie vaccinatieboekje, bij twijfel over welke er wel of niet gegeven zijn **NIETS** invullen, maar vragen aan centrumassistente)

**Complicaties ten gevolge van deze vaccinaties:**      Ja / nee, indien ja, welke.....  
 .....  
**In militaire dienst geweest:**      Ja / nee, indien ja wanneer.....  
 .....  
**Medische behandeling in de afgelopen 12 maanden:**      Ja / nee, indien ja, welke.....  
 .....  
**Ernstige ziekte(n):**      Ja / nee, indien ja, welke.....  
 .....  
 .....  
**Depressie / psychische problemen:**      Ja / nee, indien ja, aard.....  
 .....  
 .....

**Medicijngebruik;**

**toelichting**

- prednison .....
- immunosuppresiva .....
- hart .....
- maag / darm .....
- anti-stolling .....
- antibiotica .....
- slaapmiddelen .....
- overige .....

**Onder behandeling arts /specialist:** Ja / nee, indien ja, waarvoor.....

**Arts op de hoogte gebracht van u reisplannen:** Ja / nee

**Zwangerschap:** Ja / nee / onbekend, zo ja duur:....

**Zwangerschapswens:** Ja / nee

**Anti-conceptie:** Ja / nee

**Contactlenzen:** Ja / nee

**Transplantatie ondergaan:** Ja / nee

**Bot- of vaatprothese:** Ja / nee

**Miltverwijdering ondergaan:** Ja / nee

**Maag- of darmklachten:** Ja / nee

**Suikerziekte / nierziekte / psoriasis / epilepsie:** Ja / nee

**Hepatitis A (gehad):** Ja / nee

**Bloedonderzoek op antilichamen Hepatitis A gehad:** Ja / nee

**Overgevoelig voor bepaalde geneesmiddelen:** Ja / nee

**Overgevoelig voor kippeneiwit:** Ja / nee

**Welke bloedgroep heeft u:** .....

**Wat is uw gewicht:** .....

**Verdere vragen of opmerkingen;**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.*

**Handtekening cliënt:**

**Datum:**

.....

.....

Door de assistente in te vullen:

**De volgende malariaprofylaxe wordt aan u persoonlijk geadviseerd:**

1 ..... dosering.....startdatum

2 ..... dosering.....startdatum

wel / geen noodmedicatie

Zo ja, welke:.....dosering.....

**De volgende vaccinaties worden aan u persoonlijk geadviseerd:**

1:..... 5:..... 9:.....

2:..... 6:..... 10:.....

3:..... 7:..... 11:.....

4:..... 8:..... 12:.....

**Tijdschema vaccinaties**

Datum	Aantal weken <u>voor</u> vertrek	Vaccinaties
	8	
	7	
	6	
	5	
	4	
	3	
	2	
	1	
Dag van vertrek	0	

Bijzonderheden:.....  
.....  
.....  
.....

**Naam adviserende instelling:** Gezondheidscentrum Floriande  
Waddenweg 1  
2134 XL Hoofddorp  
tel: 023-5540600

**Akkoord door arts:** ....., huisarts

**Handtekening cliënt voor akkoord reisadvies:.....Datum:.....**