

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. Mevr.
 Meisjesnaam:
 Voorletters: Beroep:
 Adres: Postcode:
 Woonplaats: Tel.nr.(werk/privé):
 Geboortedatum: Geboorteplaats:

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 19..... naar welk(e) land(en) *
 Nee

Heeft u toen problemen met betrekking tot uw gezondheid ondervonden?

- Ja, aard
 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 | Verblijfsdata | | Aantal dagen |
|----------|----------------|---------------|-----------|--------------|
| 1: | | van: | tot | |
| 2: | | van: | tot | |
| 3: | | van: | tot | |
| 4: | | van: | tot | |

Hoe omschrijft u uw reis:

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

Verblijfsomstandigheden

- Hotel / pension Appartement Boot
 Guesthouse Bij lokale bevolking Nog niet bekend
 Camping Bij kennissen / familie

(* doorhalen wat niet van toepassing is)

Medische gegevens

Bent u in het verleden gevaccineerd:

- Nee / onbekend
- Ja, tegen

Jaartal laatste vaccinatie *

- DTP
- buiktyfus
- hepatitis A (vaccin)
- hepatitis B
- BMR
- overige: (* zie vaccinatieboekje)

Complicaties ten gevolge van deze vaccinaties: Ja / nee, indien ja, welke

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:

- prednison
- immunosuppressiva
- hart
- maag / darm
- anti-stolling
- antibiotica
- slaapmiddelen
- overige

Behandeling arts / specialist Ja / nee, indien ja, waarvoor

Op de hoogte gebracht van uw reisplannen: Ja / nee

Zwangerschap / zwangerschapswens: Ja / nee / onbekend duur

Anti-conceptie: Ja / nee

Contactlenzen: Ja / nee

Transplantatie ondergaan: Ja / nee

Miltverwijdering ondergaan: Ja / nee

Maag- of darmklachten: Ja / nee

Suikerziekte / nierziekte / psoriasis / epilepsie: Ja / nee

Hepatitis A / bloedonderzoek op antilichamen gehad: Ja / nee

Overgevoelig voor bepaalde geneesmiddelen: Ja / nee, indien ja, welke

Overgevoelig voor kippeneiwit: Ja / nee

Welke bloedgroep heeft u:

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Handtekening cliënt: Datum: