

REIZIGERS ADVISERING Huisartsenpraktijk Appelscha

Naam: M/V Geb. Datum:
 Geboorteland: Hoe lang gewoond:
 Adres: Postcode: Plaats:
 Telefoonnummer: Beroep: Gewicht:
 Verzekering: Nummer: Aanvullend verzekerd: ja/nee

Reden van de reis: vakantie werk(.....) migratie fam/vrienden stage (.....)
 Accommodatie: hotel appartement pension fam/vrienden camping schip
 lodge/hut lokale bevolking overig.....

Bestemming land:	Gebied/plaats:	Reisdata:	Aantal dagen:
1.		van t/m	
2.		van t/m	
3.		van t/m	
4.		van t/m	

MEDISCHE GEGEVENS	JA	NEE	TOELICHTING
Bent u onder behandeling/controle van een arts			naam en reden:
Lijdt u aan een chronische ziekte			<input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> kanker <input type="checkbox"/> hart/ vaatziekten <input type="checkbox"/> stollingsstoornissen <input type="checkbox"/> nierziekte <input type="checkbox"/> hiv/aids <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> maagdarmziekte <input type="checkbox"/> leverziekte <input type="checkbox"/> anders:
Gebruikt u medicijnen of de anticonceptiepil			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"/> verslaving <input type="checkbox"/> angststoornis <input type="checkbox"/> anders:
Is u milt verwijderd of werkt uw milt minder goed			reden:
Heeft u een pacemaker of een vaatprothese			<input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> hartklep <input type="checkbox"/> stent <input type="checkbox"/> anders:

Bent u ooit geopereerd			aard:
Wordt u bestraald, krijgt u een chemokuur of heeft u een van beide ooit ondergaan			datum+ reden:
Bent u ergens allergisch voor			<input type="checkbox"/> kippeneieren/eiwit <input type="checkbox"/> bijen/wespen <input type="checkbox"/> medicijnen <input type="checkbox"/> anders:
Gebruikt u bloedverduiners			welke:
Bent u zwanger of van plan dit binnenkort te worden			aantal weken zwanger:
Geeft u borstvoeding			
Heeft u geelzucht gehad of zijn er ooit antistoffen bepaald tegen hepatitis A/B			anamanese: antistoffen:
Bent u ooit gevaccineerd			<input type="checkbox"/> als kind RVP: <input type="checkbox"/> militaire dienst <input type="checkbox"/> ivm een reis. welke en wanneer: <input type="checkbox"/> anders:
Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van een vaccinatie/bloedafname/malariatabletten			welk vaccin/tabl.: welke bijwerkingen: <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:
Bent u in militaire dienst geweest			wanneer:
Draagt u contactlenzen			<input type="checkbox"/> hard <input type="checkbox"/> zacht
Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid			welke:
Zijn er bepaalde zaken die u besproken wilt hebben			welke:

Naar waarheid ingevuld:

Datum:

Handtekening:

Paraaf adviseur:

ADVIES:
