**Informatie reizigersadvisering:**

Voor veel ‘verre’ vakantiebestemmingen worden vaccinaties geadviseerd.

Wij willen graag voor u uitzoeken wat er wordt aangeraden voor uw vakantiebestemming.

Dit advies is volgens landelijke richtlijnen samengesteld.

Wij attenderen u erop dat er maar weinig landen zijn die vaccinaties verplicht stellen, echter de adviezen die wij u geven zijn ter bescherming van uw gezondheid.

Een gezonde voorbereiding begint tenminste 4 tot 6 weken voor aanvang van uw vakantie.

Omdat gezondheidsrisico’s per regio, per seizoen en per patiënt kunnen verschillen,

vragen wij u het intakeformulier zo volledig mogelijk in te vullen en een kopie van uw reisbeschrijving en/of kaartje toe te voegen.

Indien u in het bezit bent van een vaccinatie-paspoort (geel boekje), voegt u dit dan ook toe.

Samen met de arts wordt gekeken welke risico’s u loopt.

Hieruit volgt dan een persoonlijk advies.

Zodra wij dit advies voor u samengesteld hebben, nemen we telefonisch contact met u op en maken we een afspraak voor eventuele vaccinaties en schriftelijke informatie.

Indien u vaccinaties nodig heeft, sturen we een recept naar de apotheek. Daar kunt u de vaccins ophalen. Deze dient u bij de apotheek contant of met PIN te betalen.

Daarna zal onze assistente de injecties bij u zetten. Zij geeft u dan verdere uitleg en eventueel schriftelijke informatie mee.

De kosten voor het volledige reizigersadvies bedragen 28,29 euro ( exclusief apotheek kosten). Dit is per persoon.

Soms wordt het door de ziektekostenverzekeraar vergoed ( afhankelijk van aanvullende verzekering ).

**Reisadvies intakeformulier:**

Voor een goed advies is het belangrijk deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen. Gebruik voor iedere afzonderlijke reiziger een apart formulier.

1. ***Persoonsgegevens***

Achternaam: □ Dhr □ Mw

Meisjesnaam: Voorletters:

Straat + huisnr: Postcode:

Woonplaats: Tel. overdag/mobiel:

Geboortedatum: Beroep:

Geboorteland: In Nederland sinds:

1. ***Reisgegevens***

Vertrekdatum: Totale verblijfsduur in dagen:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Land** | **Gebied/regio** | **Verblijfsdata** | **Aantal dagen** |
| 1 |  |  | van tot |  |
| 2 |  |  | van tot |  |
| 3 |  |  | van tot |  |
| 4 |  |  | van tot |  |
| 5 |  |  | van tot |  |
| 6 |  |  | van tot |  |

*Eventueel kunt u ook de achterzijde van dit formulier gebruiken*

**Welke activiteiten:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Activiteit** | **Aantal dagen** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |

**Maakt u een tussenlanding?** □ Ja □ Nee Zo ja, waar: ……………………………………

**Reden reis:** □ Vakantie □ Familiebezoek □ Werk □ Stage □ Anders, ....................

**Reisgezelschap:** □ Individueel □ Partner/gezin □ Familie/vrienden □ Groep □ Anders, ….......

**Soort reis:** □ Volledig georganiseerd □ Deels georganiseerd □ Zelf geregeld

**Risicovolle activiteiten:** □ Seks □ tatoeage of piercing □ Omgang met dieren □ Medische handelingen □ Watersport □ Verblijf >2.500m hoogte □ Anders…

**Verblijfsomstandigheden:**

□ hotel □ camping/tent □ boot/schip

□ guesthouse □ bij kennissen/familie □ lokaal openbaar vervoer

□ appartement □ bij lokale bevolking □ anders, ……………..

***3.*** ***Medische gegevens***

**Heeft u al eens eerder een reis gemaakt, waarbij u gezondheidsproblemen heeft gehad?**

 □ Nee □ Ja, vul onderstaande tabel in:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Land  | Jaartal | Evt. gezondheidsproblemen tijdens deze reis |
|  |  |  |

**Bent u in het verleden gevaccineerd?**

□ Nee □ Ja □ volgens rijksvaccinatieprogramma (kindervaccinaties)

 □ tijdens militaire dienst, jaartal: ……….

Neem uw vaccinatieboekje/militair paspoort mee of vul onderstaande tabel in:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Jaar |  | Jaar |  | Jaar |
| □ DTP |  | □ BMR |  | □ Hepatitis A |  |
| □ Buiktyfus |  | □ Gele koorts |  | □ Hepatitis B |  |
| □ Overig,nl….. |  |  |  |  |  |

**Heeft u last gehad van complicaties ten gevolge van vaccinaties/malariatabletten?**

□ Nee □ Ja. Zo ja, van welke vaccinatie of malariatabletten?........................................

**Bent u bekend met of behandeld voor:**

Depressie of psychische problemen? □ Ja □ Nee

Diabetes mellitus? □ Ja □ Nee

Epilepsie? □ Ja □ Nee

Hartziekten? □ Ja □ Nee

Hepatitis(geelzucht)? □ Ja □ Nee

Antistoffen tegen geelzucht bepaald ? □ Ja □ Nee

HIV/aids? □ Ja □ Nee

Longziekten? □ Ja □ Nee

Leverziekten? □ Ja □ Nee

Maag/darmklachten of operaties? □ Ja □ Nee

Nierziekten? □ Ja □ Nee

Psoriasis? □ Ja □ Nee

Trombose/stollingsstoornissen? □ Ja □ Nee

Is uw milt verwijderd? □ Ja □ Nee

Reuma? □ Ja □ Nee

Bent u zwanger? □ Ja □ Nee

Is er een zwangerschapswens? □ Ja □ Nee

Geeft u borstvoeding? □ Ja □ Nee

Bent allergisch voor kip/ei/medicijnen? □ Ja □ Nee

Bent u allergisch voor andere stoffen? □ Ja □ Nee

Heeft u hooikoorts of astma □ Ja □ Nee

Operaties gehad? □ Ja □ Nee

Chemotherapie/bestralingen? □ Ja □ Nee

Aandoeningen met verminderde afweer? □ Ja □ Nee

Vaatprotheses? □ Ja □ Nee

Pacemaker/kunstklep? □ Ja □ Nee

Lijdt u aan een ziekte hierboven niet genoemd? □ Ja □ Nee

Zo ja welke? …………………………………………………………………...

Bent u onder controle van een specialist? □ Ja □ Nee

Zo ja welke? …………………………………………………………………...

Gebruikt u regelmatig medicijnen? □ Ja □ Nee

Draagt u contactlenzen? □ Ja □ Nee

Wat is uw lengte? ………………………………………………………..

Wat is uw gewicht? ………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Geneesmiddel (sterkte en dosering)** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |

Zijn er nog andere zaken die u graag besproken wilt hebben ? □ Ja □ Nee

Zo ja welke?..................................................................................................

……………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………..

Datum: Handtekening:

Dit formulier eerst opslaan in Word op uw computer, uitprinten en dan inleveren bij de balie op onze huisartsenpraktijk.