

## REISEANAMNESEFORMULIER

**Naam en Voornaam:** \_\_\_\_\_

**Geboortedatum:** \_ \_ - \_ - \_ \_ \_ \_ **Geboorteland:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_ **Telefoon:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Reisgegevens:

a.u.b. bij rondreizen graag alle enkele plaatsten aangeven of kopie reisroute toevoegen

Bestemming	Van/tot	Dagen
1.		
2.		
3.		
4.		

### Tussenstops overige landen:

Plaats	Datum
1.	
2.	
3.	

### Reden reis

### organisatie van de reis

### omstandigheden

*(kruis aan wat van toepassing is)*

<input type="checkbox"/> vakantie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Volledig georganiseerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> luxe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zakelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verblijf en vervoer zelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> primitief	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alleen vervoer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> extreem	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> familiebezoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alleen verblijf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hoogte >2500m	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anders nl.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lokale bevolking	<input type="checkbox"/>

### Vaccinatiegegevens

**Eerder gevaccineerd** *(kruis aan wat van toepassing is)*

- Ja  
 nee

Zo ja welke	datum	problemen
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**Al eerder malariapillen gebruikt?**

Zo ja welke?	datum	problemen

**Medische gegevens:**

	ja	nee	welke
Lijdt u aan een chronische ziekte?			
Bent u onder controle van een arts?			
Bent u bekend met of wordt u behandeld voor			Welke medicijnen gebruikt u hiervoor
depressie			
Psychische problemen			
Diabetes mellitus			
epilepsie			
hartziekte			
Heeft u een pacemaker of vaatprothese			
hepatitis			
HIV/AIDS			
longziekten			
Maag- en darmziekten			
nierziekten			
psoriasis			
stollingsstoornissen			
Is u milt verwijderd?			
Gebruikt u de pil?			
Bent u zwanger?			
Is er een zwangerschapswens?			
Geeft u borstvoeding?			
Bent u allergisch voor kip/ei			
Bent u allergisch voor medicijnen			
Bent u allergisch voor andere stoffen			
Draagt u contactlenzen			
Heeft u tijdens een reis ooit problemen gehad			

**Zijn er nog andere zaken die u besproken wilt hebben?**

---



---



---

**Datum:** \_ \_ - \_ - \_

**Handtekening:** \_\_\_\_\_

**Reisadvies:**

---



---



---



---