# Intakeformulier reizigersadvisering (inleveren bij de apotheek)

**Neem bij uw bezoek aan de apotheek de volgende zaken mee:**

* **Brochure van de reis of een overzicht van de te bezoeken plaatsen**
* **Eventueel vaccinatieboekje of militair paspoort**

# Persoonsgegevens

Achternaam: □ Dhr □ Mevr

Meisjesnaam: Voorletters:

Adres: Postcode:

Woonplaats: Telnr:

Geboortedatum: Beroep:

Geboorteland: In Nederland sinds:

Huisarts:

Reisgegevens

Vertrekdatum: Totale verblijfsduur:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Land** | **Gebied/regio** | **Verblijfsdata** | **Aantal dagen** |
|  |  | VanTot  |  |
|  |  | VanTot  |  |
|  |  | VanTot |  |
|  |  | VanTot |  |

Reden reis □ vakantie □ familiebezoek □ vestiging □ werk □ stage

Omschrijving reis □ georganiseerd □ alles zelf geregeld □ anders……………………

Verblijfsomstandigheden

□ hotel/pension □ bij lokale bevolking

□ guesthouse □ bij lokale kennissen/familie

□ camping/tent □ boot/schip

□ appartement □ onbekend

Heeft u al eens eerder een buitenlandse reis gemaakt?

□ nee

□ ja, vul onderstaande tabel in:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Land | Jaartal  | Gezondheidsproblemen tijdens de reis |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Bent u in het verleden gevaccineerd?

□ nee

□ ja, □ rijksvaccinatieprogramma

 □ militaire dienst, jaartal…………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Jaar: |  | Jaar: |
| □ DTP |  | □ BMR |  |
| □ Buiktyfus |  | □ Gele koorts |  |
| □ Hepatitis A |  | □ |  |
| □ Hepatitis B |  | □ |  |

Heeft u last van complicaties gehad na een vaccinatie/malariatabletten?

□ nee

□ ja, welke………………………………………………………………………………………

Medische gegevens:

Heeft u in militaire dienst gezeten? □ ja □ nee

Bent u onder controle bij een arts? □ ja □ nee

Lijdt u aan een chronische ziekte? □ ja □ nee

Gebruikt u medicijnen? □ ja □ nee

Wat is uw gewicht? ……………..kg

Hebt u een van onderstaande aandoeningen?

Depressie of psychische problemen □ ja □ nee

Suikerziekte □ ja □ nee

Epilepsie □ ja □ nee

Hart/vaatziekten □ ja □ nee

Hepatitis (geelzucht) □ ja □ nee

HIV/aids □ ja □ nee

Longziekten (astma/copd) □ ja □ nee

Maag/darmklachten of operaties □ ja □ nee

Nierziekten □ ja □ nee

Psoriasis □ ja □ nee

Stollingsstoornissen (gebruikt u bloedverdunners) □ ja □ nee

Is uw milt verwijderd? □ ja □ nee

Reuma □ ja □ nee

Transplantatie ondergaan □ ja □ nee

Hebt u het afgelopen jaar een medische be-

handelingen ondergaan incl. tandarts? □ ja □ nee ………………………

Bent u zwanger, hoeveel weken op vertrekdag □ ja □ nee ………………weken

Heeft u een zwangerschapswens □ ja □ nee

Geeft u borstvoeding □ ja □ nee

Gebruikt u anticonceptie □ ja □ nee

Bent u allergisch voor kip/eiwit/medicijnen? □ ja □ nee ………………………

Bent u allergisch voor andere stoffen? □ ja □ nee ………………………

Draagt u contactlenzen? □ ja □ nee ………………………

Geneesmiddelengebruik

Vul in onderstaande tabel alle geneesmiddelen in die u momenteel gebruikt. Ook de middelen die u bij een drogist hebt gehaald.

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam geneesmiddel**  | **Gebruik** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

**Handtekening cliënt Datum Paraaf adviseur**

Kosten

De kosten zijn 27 euro per persoon. Daar komen de kosten van de vaccins voor de apotheek bij. De kosten zijn voor **eigen rekening** en dienen **contant/pin** betaalt te worden.

Akkoord gegeven advies Wijkt van gegeven advies af

Datum: Datum:

Handtekening Handtekening