



Inleverdatum:

## Reisanamnese

*Voor een goed advies is het belangrijk deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen. Gebruik voor ieder afzonderlijke reiziger een apart formulier. Graag uw vaccinatieboekje en reisprogramma meenemen.*

Achternaam ..... Meisjesnaam .....

Voorletters ..... M/V .....

Geboortedatum .....

Straatnaam + huisnummer .....

Postcode + Woonplaats.....

E-mailadres .....

Telefoon(werk/privé) .....

Beroep .....

Huisarts .....

Geboorteland.....

Jaar van immigratie in Nederland .....

Reden reis \*vakantie / familiebezoek / vestiging / stage als.....

Omschrijving \* volledig georganiseerd / verblijf/ vervoer georganiseerd / alles zelf geregeld

Verblijfsomstandigheden     hotel/pension             appartement             schip  
     guesthouse                 bij lokale bevolking         onbekend  
     camping/ tent               bij kennissen/ familie

Land(en)	gebied/regio	aankomst datum	vertrek datum	aantal dagen
1				
2				
3				
4				

## Medische gegevens

Lijdt U aan een chronische ziekte	<b>Ja / Nee</b>	*hart / long / stolling/ depressie/ HIV / psoriasis / diabetes / epilepsie
Bent u onder controle van een arts	<b>Ja / Nee</b>	Naam en reden Is deze op de hoogte van de reis ja/nee
Gebruikt u medicijnen en/of de pil	<b>Ja / Nee</b>	Welke:
Heeft u maag- of darmklachten	<b>Ja / Nee</b>	
Heeft u een transplantatie, milt of thymus verwijdering ondergaan?	<b>Ja / Nee</b>	
Bent u ergens allergisch voor?	<b>Ja / Nee</b>	*Antibiotica/ kip/ ei/aluminium
Bent u nu of binnenkort zwanger? Geeft u borstvoeding?	<b>Ja / Nee</b> <b>Ja / Nee</b>	Aantal weken zwanger:
Heeft u hepatitis A(geelzucht) gehad en/ of zijn antistoffen tegen hepatitis bepaald?	<b>Ja / Nee</b>	
Bent u in militaire dienst geweest?	<b>Ja / Nee</b>	Welk jaar:
Heeft u eerder een verre reis gemaakt?	<b>Ja / Nee</b>	Land:
Bent u ooit gevaccineerd voor een reis?	<b>Ja / Nee</b>	zo,ja welke vaccinatie(s): datum vaccinatie(jaartal):
Heeft u complicaties t.g.v. eerdere vaccinaties of malariatabletten gehad?	<b>Ja / Nee</b>	
Heeft u contactlenzen?	<b>Ja / Nee</b>	*Hard / zacht

*\*Doorhalen wat niet van toepassing is*

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

Handtekening cliënt:

Datum:

Huisartsen Onder Een Dak (HOED)  
Hof van Batenstein 4  
4131 HC Vianen  
0347-372323