

Achternaam: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_ Geslacht: M / V  
 Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geboorteland / land waarin opgegroeid: \_\_\_\_\_  
 Straat: \_\_\_\_\_ Nummer: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
 Telefoonnummer privé: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer werk: \_\_\_\_\_  
 Huisarts: \_\_\_\_\_ Eerdere vaccinaties voor reizen of beroep? Ja / Nee  
 Reisbestemming: \_\_\_\_\_ Vertrekdatum: \_\_\_\_\_  
 Reisroute (in volgorde): \_\_\_\_\_ Verblijfsduur: \_\_\_\_\_  
 Reden reis: \_\_\_\_\_ vakantie / zakelijk / bezoek familie of kennissen / migratie / stage / werk als:  
 Verblijfsomstandigheden: \_\_\_\_\_ hotel / appartement / familie of kennissen / andere lokale bevolking / camping /  
 schip / overig: \_\_\_\_\_

WILT U DE JUISTE ANTWOORDEN AANKRUISEN?	JA	NEE	Opmerkingen intaker/adviseur
Bent u onder behandeling of onder controle van een arts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Naam: Verwijzing / overleg:
Gebruikt u medicijnen? Gebruikt u de (anticonceptie-)pil?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Welke:
Bent u in verwachting? Bent u van plan dit op korte termijn te worden? Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zwangerschapsduur:
Bent u ergens allergisch voor? Kippeneieren? Medicijnen / antibiotica?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Waarvoor: Welke:
Bent u ooit geopereerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aard:
Is uw milt weggehaald of werkt uw milt minder goed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u een aandoening waardoor u een verminderde afweer tegen infecties heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aard:
Heeft u de laatste jaren chemokuren gehad of bent u ooit bestraald?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reden: Wanneer afgerond:
Lijdt u aan: suikerziekte / psoriasis / epilepsie / nierziekte / leverziekte* (*doorhalen wat niet van toepassing is)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aard:
Heeft u een maag- of darmaandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aard:
Heeft u een vaatprothese of pacemaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welke:
Heeft u een verminderde bloedstolling of gebruikt u bloedverdunners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welke:
Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of andere psychische problemen (gehad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welke:
Heeft u geelzucht gehad of zijn ooit antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anamnese: A/B Antistoffen: HAV/HBV
Heeft u ooit veel last gehad van inenting(en) en/of van malariatabletten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vaccin / malariaprofylaxe: Aard:
Bent u ooit flauwgevallen tijdens of na een injectie of bloedafname?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bent u in militaire dienst (geweest)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaar:

Naar waarheid ingevuld,

Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_

Paraaf intaker / adviseur: \_\_\_\_\_

Handtekening cliënt bij weigeren / niet opvolgen van specifiek advies: \_\_\_\_\_