



## INTAKE-FORMULIER REIZIGERSADVIES

Wim Verschurenstraat 1c  
5845 BE Sint Anthonis  
Tel.: 0485-382664  
Website: optzand.nl

Het tarief voor reizigersadvies/injecties bedraagt 35 euro per persoon

**Tip: Kijk vooraf in uw polisvoorwaarden voor een mogelijke vergoedingsregeling van uw zorgverzekering.**

### Persoonsgegevens

Achternaam:..... Voorletters:..... M/V  
Geboortedatum:..... Geboorteland:.....  
Adres:.....  
Postcode:..... Woonplaats:.....  
Telefoon privé:..... Mobiel:.....

### Reden van de reis

- vakantie  zakelijk  
 familiebezoek  werk/stage als

### Verblijfsomstandigheden

- hotel/appartement  familie/kennissen  
 camping  schip  
 lokale bevolking  overige

### Reisgegevens

vertrekdatum:.....  
bestemming 1:.....\*) verblijfsduur:.....  
bestemming 2:.....\*) verblijfsduur:.....  
bestemming 3:.....\*) verblijfsduur:.....  
bestemming 4:.....\*) verblijfsduur:.....  
bestemming 5:.....\*) verblijfsduur:.....

- Verblijf op hoogte (>2500)  omgang dieren  medisch handelen

Overige bijzonderheden en reisgegevens kunt u hieronder weergeven:

### Vaccinatiegegevens

Heeft u als kind het Rijksvaccinatieprogramma doorlopen?  ja  nee

Heeft u een (geel) vaccinatieboekje? Indien ja, graag meenemen.  ja  nee

Heet u

Heeft u eerdere vaccinaties gehad voor reizen of beroep?  ja  nee

Indien ja, welke en datum?: .....  
.....  
.....  
.....

Heeft u ooit klachten gehad van inenting en/of malariatabletten?  ja  nee

Zo ja, welk medicijn/vaccin:.....

Bent u allergisch voor medicijnen of kippeneiwit?  ja  nee

### Zwangerschap

Bent u zwanger of is er een zwangerschapswens; geeft u borstvoeding  ja  nee

Gebruikt u de anticonceptiepil?  ja  nee

**Medische gegevens**

Bent u onder behandeling van een arts?

**opmerkingen** ja  nee

Heeft u een van de volgende ziektes

 suikerziekte  maagdarmziekte  leverziekte  nierziekte  
 hart en vaatziekte  epilepsie  stollingsziekte  
 afweerstoornis  HIV/Aids  miltziekte  psoriasis

Bent u ooit geopereerd aan maag darm of milt?

 ja  nee aard:.....

Heeft u een vaatprothese of pacemaker?

 ja  nee .....

Heeft u de laatste jaren chemokuren gehad of bent u ooit bestraald?

 ja  nee reden:.....

Heeft u nu of in het verleden een depressie of andere psychische problemen gehad?

 ja  nee welke:.....

Heeft u geelzucht gehad of zijn ooit antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald?

 ja  nee

Titer	datum

Gebruikt u medicijnen? Zo ja, noteer deze a.u.b. hieronder of voeg medicatie overzicht toe.

Datum:

Paraaf intaker/assit.:

Handtekening cliënt:

Stempel huisartsenpraktijk:

In te vullen door praktijk: Vaccinatieadvies volgens LCR richtlijnen:

.....

.....

.....

.....

.....

Vaccin	Datum gegeven	Batch nummer
Malariarecept	Aantal tabletten	

Reiziger heeft rekening ontvangen

ja/ nee