**INTAKE-FORMULIER REIZIGER LCR**

*Vul voor een optimaal advies dit formulier zo volledig mogelijk in. Zet alleen een vinkje indien van toepassing.*

Naam: ……………………………………………… Voorletters:………. m / v Geboortedatum: ……/……/…………….

Geboorteland/ opgegroeid in: ………………………………………………… In Nederland sinds:……/……/…………….

Adres:……………………………………………… Postcode:……………….. Woonplaats: ………………………............

Telefoon: ……………………Beroep:……………………Gewicht:………….. kg Vertrekdatum reis: ……/……/………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Land van bestemming | Gebied/ plaats: | Duur: |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

**Indien meerdere verblijfplaatsen dient u uw reisschema inclusief kaart bij te voegen.**

Reden reis: □ vakantie □ bezoek familie/ kennissen □ migratie □ werk/ stage, als:……………………………….

Reisgezelschap: □ individueel □ partner/ gezin □ Anders:………………………………………………………………..

Accommodatie: □ luxe □ camping □ schip □ familie/ kennissen □ lokale bevolking □:……….

Activiteiten: □ verblijf op hoogte (>2500 m) □ omgang dieren □ medisch handelen □:…………………………

Bent u eerder gevaccineerd? □nee □ja, graag geelboekje inleveren! □ als kind □ in militaire dienst

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie? □nee □ja Vaccin + datum:…………………………………… Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten? □nee □ja

Bent u ergens allergisch voor? □nee □ja □ kippenei(-eiwit) □ medicijnen:…………………………………………

Bent u onder behandeling of controle van een arts? □nee □ja Reden:………………………………………………

 Arts:…………………………………………………

Heeft u één van de volgende ziektes (gehad)? □nee □ja □suikerziekte □maagdarmziekte □leverziekte

 □nierziekte □hart- of vaatziekte □epilepsie □stollingsziekte

□afweerstoornis □hiv/AIDS □miltziekte □thymusziekte □kanker □psoriasis □anders:…………

Heeft u ooit hepatitis A of B (geelzucht) gehad? □nee □ja □A □B ; □geel zien □antistoffentest

Heeft u nu of vroeger psychische problemen (gehad)? □nee □ja □depressie □angststoornis □psychose

Gebruikt u medicijnen en/ of de (anticonceptie)pil? □nee □ja □maagzuurremmer □antibioticum □hivremmer

(Ook middelen niet voorgeschreven door een arts) □afweerremmer □antistolling □anticonceptiepil

 ……………………………………………………………………..

Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad? □nee □ja ………………………………………………………. Bent u ooit geopereerd? □nee □ja □maag □darm □milt □anders:………………..

Heeft u een vaatprothese of hartklepprothese? □nee □ja □vaatprothese □hartklepprothese

Bent u zwanger? □nee □ja □weet niet Duur:………………………………...

Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden? □nee □ja Laatste menstruatie:………………………………

Geeft u borstvoeding? □nee □ja ……………………………………………………….

Heeft u ooit gezondheidsproblemen gehad op reis? □nee □ja ……………………………………………………….

Zijn er nog andere zaken die u wilt bespreken? □nee □ja ……………………………………………………….

*Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.* Datum: ……/……/…………. Handtekening:………………………………… Paraaf reizigersadviseur:................

(Handtekening cliënt bij weigeren/ niet opvolgen specifiek advies: ………………………………………………………)