|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Persoonsgegevens: | Naam:  Adres:  Geb. datum: |  |  |  |
|  |  | Tel: |  |  | Mobiel: |
| 2. | Reisgegevens: |  |  |  |  |
|  | Reisdoel: |  | Vertrekdatum: |  | Verblijfsduur: |

Route-tussenstops-overige landen:

Evt. 2e bestemming:

Reden van uw reis: vakantie – familiebezoek – beroepshalve of stage (para-)medisch / anders: Beroep:

Verblijfsomstandigheden: primitief – hotel – familie – kennissen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3. | Vaccinatie gegevens: |  |
|  | Bent u eerder gevaccineerd voor de (sub)tropen?  Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad: Wanneer: | Ja/nee wanneer? |
|  | Bent u in militaire dienst geweest? | Ja/nee wanneer? |
|  | Heeft u een (geel) vaccinatieboekje? | Ja/nee |
|  | Heeft u eerder malariatabletten gehad? | Ja/nee |
|  | Heeft u plannen vaker een verre reis te maken? | Ja/nee |
|  | Bent u ooit flauwgevallen bij een injectie? | Ja/nee |
| 4. | Medische gegevens: |  |
|  | Bent u gezond? | Ja/nee |
|  | Bent u zwanger of is er een kinderwens? | Ja/nee |
|  | Geeft u borstvoeding? | Ja/nee |
|  | Gebruikt u medicijnen (ook de pil)? | Ja/nee |
|  | Bent u geopereerd aan uw maag? | Ja/nee |
|  | Heeft u een miltstoornis / is hij verwijderd?  Wordt u behandeld voor of heeft u gehad: | Ja/nee |
|  | Hepatitis A (geelzucht)? | Ja/nee |
|  | Psoriasis / epilepsie? | Ja/nee |
|  | Stollingsstoornis / HIV / aids? | Ja/nee |
|  | Immuunstoornis? | Ja/nee |
|  | Psychiatrische aandoening / depressie? | Ja/nee |
|  | Darmziekte? | Ja/nee |
|  | Nierziekte, lever- of longziekte? | Ja/nee |
|  | Suikerziekte? | Ja/nee |
|  | Gewicht? | Ja/nee |
|  | Contactlenzen?  Bent u gevoelig voor: | Ja/nee |
|  | Kip of kippeneieren? | Ja/nee |
|  | Medicijnen? | Ja/nee |

Handtekening: Datum:

5. Kosten van de vaccinatie

U ontvangt van de praktijk een rekening voor het advies, de vaccins, eventueel het vaccinatieboekje en het vaccineren. In voorkomende gevallen ontvangt u van de apotheek een rekening voor het vaccin.