

## 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: .....  
 E-mail: ..... Telefoon: ..... BSN: .....  
 Beroep: ..... Gewicht: ..... kg Vertrekdatum reis: ...../...../.....

| Land van bestemming: | Gebied/ plaats: | Duur: | Land van bestemming: | Gebied/ plaats: | Duur: |
|----------------------|-----------------|-------|----------------------|-----------------|-------|
| 1.                   |                 |       | 3.                   |                 |       |
| 2.                   |                 |       | 4.                   |                 |       |

Reden reis: ☐ vakantie ☐ bezoek familie/ kennissen ☐ migratie ☐ werk/ stage, als: .....  
 Reisgezelschap: ☐ individueel ☐ partner/ gezin ☐ Anders: .....  
 Accommodatie: ☐ hotel ☐ appartement ☐ camping ☐ schip ☐ familie/ kennissen ☐ lokale bevolking ☐ .....  
 Activiteiten: ☐ verblijf op hoogte (>2500 m) ☐ omgang dieren ☐ medisch handelen ☐ .....

Bent u eerder gevaccineerd? ☐ nee ☐ ja ☐ als kind ☐ in militaire dienst ☐ i.v.m. reis  
☐ weet niet  
 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 ☐ afweerstornis ☐ 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  
☐ anders: .....

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 hartklep prothese? ☐ nee ☐ ja ☐ vaatprothese ☐ hartklep prothese

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: .....)