



Anamnese lijst

Vaccinaties voor reizen naar (sub)tropische landen.

Naam (+meisjesnaam): _____ man vrouw

Voorletters: _____

Geboorteland: _____ in Ned. sinds: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoon thuis: _____ Mobiel nr.: _____

Beroep: _____ E-mailadres: _____

Gewicht: _____ Naam huisarts: _____

Zorgverzekeraar: _____ Verzekeringsnummer: _____

Bestemming land	gebied/regio/plaatsnaam*	reisdata		aantal dagen
1.		van	t/m	
2.		van	t/m	
3.		van	t/m	
4.		van	t/m	

*probeer zo duidelijk mogelijk te zijn over uw reis, voeg eventueel kaartjes bij, wij kunnen u dan optimaal voorlichten

Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Reden van de reis: werk vakantie stage vestiging familie- of vriendenbezoek
 anders nl*: _____

Reisgezelschap: geen (individuele reis) partner / gezin familie / vrienden groep
 anders nl: _____

Accommodatie: hotel / pension appartement camping / tent guesthouse/lodge/hut (cruise)schip
 bij lokale bevolking bij familie / vrienden anders nl: _____

Risicovolle activiteiten: verblijf > 2500 m hoogte jungle tocht omgang met dieren (water) sport bv raften
 medische handelingen anders nl: _____

Bent u ooit gevaccineerd? ja nee

als kind datum: _____ vaccinatie(s): _____

in militaire dienst datum: _____ vaccinatie(s): _____

i.v.m. reis datum: _____ vaccinatie(s): _____

Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van: vaccinaties bloedafname malariatabletten

Heeft u op reis ooit gezondheidsproblemen gehad? nee ja aard: _____

Draagt u contactlenzen? nee ja harde lenzen zachte lenzen

Bent u ergens allergisch voor? nee ja antibiotica andere medicijnen kippenewit bijen- of wespengif
 anders nl: _____

Gebruikt u medicijnen of de anticonceptiepil nee ja welke? _____

Is uw milt verwijderd? ja nee of werkt uw milt minder goed? ja nee

Reden: _____

Heeft u een pacemaker of vaatprothese? nee ja pacemaker kunsthartklep stent
 anders nl: _____

Bent u ooit geopereerd? nee ja aard operatie(s): _____

Wordt u bestraald, krijgt u een chemokuur, of heeft u één van beide ooit ondergaan? ja nee

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

Lijdt u, of heeft u geleden aan:

Epilepsie Psychose Hartritme stoornissen Hartziekten Nierziekten Leverziekten
 Longziekten Maagziekten Stollingsstoornis Diabetes HIV/Aids Psoriasis

Voor vrouwen: Bent u zwanger of van plan dat binnenkort te worden? ja nee

Aantal weken zwanger: _____ Geeft u borstvoeding? ja nee

Zijn er nog bepaalde zaken die u besproken wilt hebben? nee ja Welke? _____

Tot slot:

- 1. Sluit kaartje of reispapieren bij.**
- 2. Sluit het internationaal vaccinatiebewijs en/of kindervaccinatieboekje bij.**
- 3. Maak bij inleveren van dit formulier een afspraak.**
- 4. Betaling: per automatische incasso (gelieve uw IBAN-nummer mee te nemen) of contante betaling.**

Advies voor:

In te vullen door poh/huisarts:

	L1	L2	L3	L4	L5	nodig	Vaccinaties:			
								maand	maand	maand
Gele koorts										
Cholera										
DTP										
Buiktyfus										
Mazelen										
Hep A										
Hep B										
TBC										
Meningokokken										
Rabiës										
JE										
TE										
Schistosomiasis										
Dengue										
BMR										
Pneumokokken										

Speciale adviezen:

Malariaprofylaxe: