

Aanmeldformulier Reizigersvaccinatie

Let op: Vul dit formulier volledig en naar waarheid in. Deze informatie is nodig voor een veilig en passend reizigersadvies.

Heeft u mogelijk een inenting nodig voor een reisziekte? Vul onderstaande formulier minimaal 6 weken voor vertrek volledig in en wij nemen telefonisch contact met u op voor het verdere plan.

Dit formulier dient verzonden te worden aan vandersluijs@ezorg.nl

1. Persoonsgegevens

Gegevens	In te vullen door patiënt
Volledige naam	_____
Geboortedatum	___ / ___ / _____
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Anders
Adres	_____
Postcode & Woonplaats	_____
Telefoonnummer	_____
E-mailadres	_____

2. Reisgegevens

Vraag	Antwoord
Land(en) van bestemming	_____
Vertrekdatum	___ / ___ / _____
Retourdatum	___ / ___ / _____
Reden van reis	<input type="checkbox"/> Vakantie <input type="checkbox"/> Zaken <input type="checkbox"/> Familiebezoek <input type="checkbox"/> Vrijwilligerswerk <input type="checkbox"/> Backpacken <input type="checkbox"/> Anders: _____
Verblijf in landelijke of afgelegen gebieden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Soort verblijf	<input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Bij lokale bevolking <input type="checkbox"/> Wisselend

3. Medische achtergrond

Vraag	Antwoord
Lijdt u aan een ernstige ziekte?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk:
Bent u onder controle van een specialist?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk:
Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk:
Heeft u allergieën?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk:
Chronische aandoeningen / ziekten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk:
Zwanger of zwangerschapswens op korte termijn?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Gebruikt u de pil?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Eerder reizigersvaccinaties ontvangen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke en wanneer:
Heeft u problemen gehad na de eventuele vaccinatie?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk:
Heeft u eerder malariapillen gehad?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke en wanneer:
Hebt u één of meerdere van de onderstaande aandoeningen (gehad)?	
- Depressie of psychische problemen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Diabetes mellitus (suikerziekte)?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Epilepsie?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Hartziekten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Hepatitis?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Longziekten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Maag/darmklachten of -operaties?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Nierziekten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Psoriasis?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Is uw milt verwijderd?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Andere aandoeningen dan hierboven vermeld?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke en wanneer:

4. Toestemming patiënt

Ik verklaar dit formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld. Ik geef hierbij toestemming aan de huisartsenpraktijk voor het verwerken van mijn medische gegevens ten behoeve van vaccinatieadvies en behandeling.

Handtekening patiënt _____

Datum _____ / _____ / _____
