

Bent u bekend met, of wordt u behandeld voor:

- depressie of psychische problemen? J/N
- diabetes mellitus (suikerziekte)? J/N
- epilepsie? J/N
- hartziekten? J/N
- hepatitis (geelzucht)? J/N
- Longziekten J/N
- maag/ darmklachten of -operaties? J/N
- nierziekten? J/N
- stollingsstoornissen / Trombosebeen? J/N

Is uw milt verwijderd? J/N

Gebruikt u medicijnen? J/N Zo ja, welke?

Gebruikt u de pil? J/N

Bent u zwanger of is er zwangerschapswens? J/N

Geeft u borstvoeding? J/N

Bent u allergisch voor kip/ ei/medicijnen? J/N

Bent u allergisch voor andere stoffen? J/N Zo ja, welke?

Aldus naar waarheid ingevuld,

Plaats:

Datum:

Handtekening:

Reizigersadvisering Intakeformulier Deel 2 - in te vullen door de arts

Bijzondere reis:

- >1 maand J/N
- bestemming J/N
- primitief J/N
- familiebezoek J/N
- werk/stage J/N
- duiken J/N
- bergbeklimmen J/N

Checklist reisconsult:

- preventie/voorlichting
- vaccinatieschema

- malariaprofylaxe

- medische verklaringen

- bijzonderheden reis/ reiziger
- ziek op reis/ reisapotheek
- adviezen na terugkomst

Naam arts en paraaf:

Datum:

NB: Graag dit ingevulde document mailen naar: admgiessenburg@ezorg.nl