

REISANAMNESEFORMULIER MEDISCH CENTRUM "AAN DE BERG"

Naam: Dhr Mevr
 Geboorteland:
 Straat+huisnummer:
 Telefoonnummer:

Voorletters: Geboortedatum:
 Datum immigratie (indien niet in Nederland geboren):
 Postcode+plaats:
 Gewicht: Beroep:

Reden van de reis: vakantie werk..... familie- of vriendenbezoek
 vestiging stage..... anders.....
 Accommodatie: hotel/pension appartement camping/tent guesthouse/lodge/hut
 bij lokale bevolking familie/vrienden (cruise)schip anders.....
 Risicovolle act. verblijf >2500m hoogte omgang met dieren (water)sport.....
 tijdens de reis: seks/tatoeage/piercing medische handeling anders.....
 Reisgezelschap: geen (individuele reis) partner / gezin familie/vrienden groep anders

Bestemming (land)	Gebied / Regio / Plaatsnamen	Reisdata	Aantal dagen
1.		van t/m	
2.		van t/m	
3.		van t/m	

Medische gegevens	Ja	Nee	Toelichting
Bent u onder behandeling of controle van een arts?			Naam en reden: Is deze op de hoogte van uw reis ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Lijdt u aan een (chronische) ziekte?			<input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> hart/ vaatziekte <input type="checkbox"/> stollingsstoornis <input type="checkbox"/> kanker <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> nierziekte <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> maagdarmziekte <input type="checkbox"/> andere.....
Gebruikt u medicijnen of de anticonceptiepil?			Welke
Heeft u nu of in het verleden een depressie of andere psychische stoornis gehad?			<input type="checkbox"/> depressie <input type="checkbox"/> psychose <input type="checkbox"/> angststoornis <input type="checkbox"/> verslaving <input type="checkbox"/> andere.....
Bent u ergens allergisch voor?			<input type="checkbox"/> kippenei/kippeneiwit <input type="checkbox"/> bijen- of wespengif <input type="checkbox"/> medicijnen..... <input type="checkbox"/> anders.....
Is uw milt verwijderd of werkt uw milt minder goed?			Reden:
Heeft u een pacemaker of vaatprothese?			<input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> kunsthartklep <input type="checkbox"/> stent <input type="checkbox"/> anders.....
Bent u ooit geopereerd?			Aard operatie(s)
Wordt u bestraald, krijgt u chemo, of heeft u één van beide ooit ondergaan?			Datum en reden:
Bent u zwanger of van plan dat binnenkort te worden?			Aantal weken zwanger:
Geeft u borstvoeding?			
Heeft u geelzucht gehad of zijn er ooit antistoffen Tegen hepatitis A en/of B bepaald?			
Bent u ooit gevaccineerd?			<input type="checkbox"/> als kind Vaccinatie(s) + datum: <input type="checkbox"/> militaire dienst <input type="checkbox"/> ivm een reis <input type="checkbox"/> anders:
Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van Vaccinaties, bloedafname of malariatabletten?			Welk vaccin / welke malariatabletten Welke bijwerking Aard problemen:.....
Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad?			Aard problemen:.....
Draagt u contactlenzen?			<input type="checkbox"/> hard <input type="checkbox"/> zacht
Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid?			Welke?
Zijn er nog bepaalde zaken die besproken moeten worden?			Welke?

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:

Handtekening: