

Naam:				Geb.datum:	
Initialen:		Geslacht:	<input type="checkbox"/> vrouw <input type="checkbox"/> man	Geb.land:	
Adres+nr:				Tel.nr. privé:	
Postcode:		Woonplaats:		Mobiele nr:	
Email:				BSN:	

Reisbestemming:		Datum vertrek:	
Reisroute:		Reisduur:	
Boeking:	<input type="checkbox"/> reisbureau <input type="checkbox"/> internet	Vorm:	<input type="checkbox"/> alleen <input type="checkbox"/> groep <input type="checkbox"/> met 2
Reden:	<input type="checkbox"/> vakantie <input type="checkbox"/> zakelijk <input type="checkbox"/> familie-/kennissenbezoek <input type="checkbox"/> stage <input type="checkbox"/> werk als:.....		
Verblijf:	<input type="checkbox"/> hotel <input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> tent <input type="checkbox"/> bij familie <input type="checkbox"/> bij lokale bevolking <input type="checkbox"/> schip <input type="checkbox"/> overig		

NB: Uw gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld conform privacywetgeving, en niet aan derden verstrekt!
Volgens wetgeving is deze gezondheidsverklaring 1 maand geldig.

Vragenlijst:

Bent u onder behandeling/controlle van een arts?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wie?	
Lijdt u aan een suikerziekte, epilepsie, psoriasis, een nierziekte of leverziekte?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wat?	
Heeft u een maag- of darmaandoening?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welke?	
Lijdt/leed u aan psychische problemen?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Heeft u een vaatprothese of een pacemaker?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Heeft u een verminderde afweer tegen ziektes?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Waardoor?	
Heeft u een gestoorde bloedstolling en/of gebruikt u bloedverduunners?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Controle?	<input type="checkbox"/> trombosediens
Is uw milt verwijderd of werkt deze minder goed?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Heeft u hepatitis A gehad ("geelzucht")?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wanneer?	
Heeft u (recent) chemotherapie gehad?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Waarvoor?	
Bent u (recent) bestraald (radiotherapie)?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Waarvoor?	
Gebruikt u medicijnen?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welke?	
Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malaria-tabletten?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welke?	
Heeft u eerder reizigers vaccinaties gehad?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welke?	
Heeft u ooit problemen gehad na vaccinatie?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welke?	
Bent u flauwgevallen tijdens/na vaccinatie?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Bent u ergens allergisch voor?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Waarvoor?	
Gaat u deze reis duiken /snorkelen /bergklimmen?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wat?	
Voelt u zich op dit moment gezond?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Zijn er nog andere zaken die u wenst te bespreken?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Namelijk:	
Alleen voor kinderen < 16 jaar:	Lengte:	Gewicht:
Alleen voor vrouwelijke cliënten:				
Bent u zwanger of wilt u dit binnenkort worden?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Geeft u borstvoeding?	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		

Handtekening:

Datum:

(handtekening ouder/verzorger indien reiziger jonger dan 16 jaar is)