**Huisartsenpraktijk de Vleugelnoot**

Molenwater 47

4331 SC Middelburg

0118-614305

assistente@vleugelnoot.nl

**Intakeformulier reizigersadvisering**

*Vul voor een optimaal advies dit formulier zo volledig mogelijk in. Gebruik het formulier niet voor meerdere reizigers tegelijk, maar vul per persoon een apart formulier in. Zet alleen een vinkje indien van toepassing.*

***Persoonsgegevens***

Achternaam + voorletters: …………………………… M/V Gewicht: ……………..

Adres: …………………………… Woonplaats: …………………...

Mobiel: …………………………… Geboortedatum: ……………….

Geboorteland: …………………………… In Nederland sinds: ……………

Indien u geen patiënt bent bij ons: BSN: ……………….. Apotheek:……………………….

***Reisgegevens*** *(voeg indien mogelijk uw reisprogramma toe)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bestemming (land) | Gebied/regio/plaats | Reisdata  | Aantal dagen |
| 1. |  | Van t/m |  |
| 2. |  | Van t/m |  |
| 3. |  | Van t/m |  |

Overstap (Transit) O nee O ja, in …………………………………………

Reden van de reis**:** O Vakantie O Werk O Vestiging O bezoek Familie / Kennissen O Werk / Stage , als: ……………………………….

Accommodatie: O Hotel O Appartement O Camping/tent O Lokale bevolking O Familie/vrienden O Schip O Anders:………......

Reisgezelschap: O Individuele reis O Partner/gezin O familie/vrienden O Groep O Anders:…………………………………………

Activiteiten: O Verblijf op hoogte (> 2.500m) O omgang met dieren O (water)sport O Fietsen/wielrennen O seks, tatoeage of piercings O medische behandelingen O anders:…………………..

***Vaccinatiegegevens***

Bent u eerder gevaccineerd? O nee O ja O als kind (Rijksvaccinatie-programma)

 O in militaire dienst O i.v.m. reis O weet niet

Zo ja i.v.m. reis of militaire dienst,

welke vaccinaties en wanneer: ……………………………………………….

Heeft u problemen gehad na vaccinaties: O nee O ja Vaccin + datum: …………………

Heeft u een (geel) vaccinatieboekje: O nee O ja **Zo ja, s.v.p. boekje of kopie bijvoegen!**

**Zo nee, wilt u deze aanschaffen**

**(Kosten € 7,50,-)?** O nee O ja

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van

malariatabletten? O nee O ja

Bent u ergens allergisch voor O nee O ja O kippenei(-eiwit) O medicijnen……

 ……………………………………..

***Medische gegevens***

Bent u onder behandeling of

controle van een arts? O nee O ja Reden:………………..

 Arts:………………….

Heeft u één van de volgende

 ziektes (gehad)? O nee O ja O Suikerziekte O leverziekte O nierziekte

 O maagdarmziekte O hart- of vaatziekte O epilepsie O stollingsziekte O hiv/AIDS O afweerstoornis O miltziekte O kanker

O thymusziekte O psoriasis O Dengue (knokkelkoorts) O anders……………..

Heeft u ooit Hepatitis A of B

(geelzucht) gehad? O nee O ja O A O B O geel zien O antistoffentest

Heeft u de Mazelen gehad of bent

u hiervoor ingeënt (BMR-vaccin)? O nee O ja O Mazelen doorgemaakt O Ingeënt

 O Onbekend

Heeft u nu of vroeger psychische

problemen (gehad)? O nee O ja O depressie O Angststoornis O Psychose O anders…………..

Gebruikt u medicijnen en/ of de

(anticonceptie)pil? (Ook middelen

Niet voorgeschreven door een arts) O nee O ja O maagzuurremmer O antibioticum

 O hivremmer O afweerremmer

 O antistolling O anticonceptiepil

 …………………………………………

Bent u ooit bestraald of heeft u

chemokuren gehad? O nee O ja …………………………………………….

Bent u ooit geopereerd? O nee O ja O maag O darm O milt O anders: ………..

Heeft u een vaatprothese

hartklepprothese O nee O ja O vaatprothese O hartklepprothese

Heeft u ooit gezondheidsproblemen

gehad op reis? O nee O ja …………………………………………

Bent u, of is uw partner, van plan

op korte termijn zwanger te worden? O nee O ja Laatste menstruatie (partner): …………

**Zijn er nog andere zaken die u**

**wilt bespreken of belangrijk**

**vindt om te melden?** O nee O ja ……………………………………………

***Voor vrouwen:***

Bent u zwanger? O nee O ja O weet niet Duur: …………………………

Geeft u borstvoeding? O nee O ja

Aan de reizigersadvisering zijn kosten verbonden. Deze bedragen **€ 70.00.-** per persoon, voor het hele pakket (exclusief de kosten van vaccins en/of malariarecept zie bijlage) Of deze kosten vergoed worden is afhankelijk van uw verzekeringspakket. De kosten dienen contant, per pin of per bank voldaan te worden aan de praktijk. Meer informatie over de kosten vindt u in de bijlage.

*Ondergetekende verklaart dit formulier helemaal gelezen en naar waarheid ingevuld te hebben*

Datum Naam Handtekening Paraaf reizigersadviseur

…………. ……………. ………………… ………………..

**Bijlage: Kosten**

**Consult prijzen per persoon:**

Reisadvies, inclusief (indien nodig) vaccineren

en voorschrijven recept malariatabletten €70.00

Kinderconsult (t/m 16 jaar) Gratis, mits door minimaal 1 volwassen begeleider wordt betaald, anders €70

Herhaalconsult(en) reisadvies voor dezelfde reis Gratis

Om de kwaliteit van de vaccinaties te waarborgen bestellen wij de vaccinaties bij uw apotheek en laten ze hier op de praktijk bezorgen door de apotheek. De rekening van de vaccinaties krijgt u dus van de apotheek. Neem voor de actuele kosten van de vaccinaties contact op met uw apotheek.

**Overige verrichtingen**

Vaccinatieboekje € 7,50

Malariatabletten Neem voor de actuele kosten contact op met uw apotheek.

*De kosten dienen contant, per pin of per bank voldaan te worden aan de praktijk.*

*Of de kosten vergoed worden is afhankelijk van hoe u verzekerd bent. Neem hiervoor contact op met uw zorgverzekeraar of bekijk dit in de polis.*

*De genoemde prijzen zijn richtlijnen; het zou kunnen dat deze gewijzigd worden.*