

Reisvaccinatie invulformulier

Persoonlijke gegevens

Voornaam:	<input type="text"/>	
Achternaam:	<input type="text"/>	
Geslacht:	M: <input type="checkbox"/>	V: <input type="checkbox"/>
Straatnaam	<input type="text"/>	
Huisnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postcode:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Woonplaats:	<input type="text"/>	
Telefoon nummer:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mailadres:	<input type="text"/>	
Geboortedatum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Reisgegevens

Vertrekdatum	<input type="text"/>
Bestemming 1	<input type="text"/>
Verblijfsduur	<input type="text"/>
Bestemming 2	<input type="text"/>
Verblijfsduur	<input type="text"/>
Route/tussenstops/ overige landen:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Verblijfsduur tussenstops

overige landen:

Reden reis

(vakantie/familie/werk):

Verblijfsomstandigheden

(primitief/luxe/gemiddeld):

groepsreis

individueel

Vaccinatiegegevens

Bent u al eerder gevaccineerd?

Nee Ja

Zo ja, welke vaccinaties heeft u gehad en wanneer?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Heeft u problemen gehad na de vaccinatie?

Nee Ja

Opmerking:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Heeft u een (geel) vaccinatie boekje?

Nee Ja

Heeft u eerder malariapillen gehad? Nee Ja

Zo ja, welke?

Medische gegevens

Lijdt u aan een ernstige ziekte? Nee Ja

Bent u onder controle van een specialist? Nee Ja

Hebt u één of meerdere van onderstaande aandoeningen (gehad):

Depressie of psychische problemen? Nee Ja

Diabetes Mellitus (suikerziekte)? Nee Ja

Epilepsie? Nee Ja

Hartziekten? Nee Ja

Hepatitis? Nee Ja

JIV/aids? Nee Ja

Longziekten? Nee Ja

Maag/darmklachten of -operaties? Nee Ja

Nierziekten? Nee Ja

Psoriasis? Nee Ja

Is uw milt verwijderd? Nee Ja

Gebruikt u regelmatig medicijnen? Nee Ja

Zo ja, welke?

Gebruikt u de anti conceptie pil? Nee Ja

Bent u zwanger of is er zwangerschapswens? Nee Ja

Geeft u borstvoeding? Nee Ja

Bent u allergisch voor kip/ei/medicijnen? Nee Ja

Zo ja, welke?

Bent u allergisch voor andere stoffen? Nee Ja

Zo ja, welke?
