### Huisartsenpraktijk ‘t Gasthuis

Vicaris van der Asdonckstraat 11

5421 VB Gemert

T: 0492-363232

## Reisadvies

Voor veel 'verre' vakantiebestemmingen worden vaccinaties geadviseerd. Wij willen graag voor u uitzoeken wat wordt aangeraden voor uw vakantiebestemming. Dit advies is volgens de landelijke richtlijnen.

Een goede voorbereiding begint tenminste 4 tot 6 weken voor aanvang van uw vakantie. Wij attenderen u erop dat dit een advies is, geen verplichting.

Ook kunt u reisadvies vragen bij de GGD, telefoonnummer: 088-0031500.

Aan het reisadvies zijn kosten verbonden. Voor het opstellen van het advies en het vaccineren hebben wij een vaste prijs: €36 per persoon. Dit is exclusief de kosten van de vaccins. Veel aanvullende verzekeringen vergoeden dit bedrag geheel of gedeeltelijk.

Wij vragen u bij het inleveren van dit formulier het bedrag contant te betalen. U krijgt hiervan een rekening.

De vaccinaties dient u te betalen bij de apotheek wanneer u deze gaat ophalen.

*Prijzen vaccins apotheek (2019):*

*Buiktyfus 0,5 ml € 39,-*

*DTP 1,0 ml € 29,50*

*Hepatitis A 1,0 ml € 53,-*

*Hepatitis A kinderen 0,5 ml € 41,-*

*Hepatitis A+B volwassenen 1 ml € 55,-*

*Hepatitis A+B kinderen 0,5 ml € 55,-*

Gebruik voor iedere afzonderlijke reiziger een apart formulier.

Bij het inleveren van het intakeformulier reisadvies vragen wij u om de volgende gegevens toe te voegen:

* Reisdocumenten, brochure van de reis of een overzicht van de te bezoeken plaatsen
* Internationaal vaccinatiebewijs (het ‘gele boekje’) of militair paspoort

## Intakeformulier reisadvies

Voor een goed advies is het belangrijk deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen. Indien u niet ingeschreven bent bij ’t Gasthuis vragen wij u met nadruk uw medicatie en ziektes volledig en duidelijk te beschrijven.

Gebruik voor iedere afzonderlijke reiziger een apart formulier

### Persoonsgegevens

Achternaam:

Voorletters en roepnaam:

Geboortedatum: Geslacht: *Man / Vrouw\**

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer: Mobielnummer:

E-mail adres:

Huisarts:

Beroep:

Indien geboren in het buitenland, woonachting in NL sinds:

### Reisgegevens

Vertrekdatum: Totale verblijfsduur in dagen:

Indien u een rondreis maakt, graag het reisschema bijvoegen!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Land van bestemming** | **Gebied/plaats/regio** | **Verblijfdata** | **Aantal dagen** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Maakt u een tussenstop? *Ja / Nee*

Zo ja, in welke plaats/land?

 **Reden van de reis:**

* Vakantie
* Familiebezoek
* Migratie
* Werk
* Stage

**Omschrijving reis:**

* Alles zelf geregeld
* Alleen vervoer georganiseerd
* Alleen verblijf georganiseerd
* Volledig georganiseerd

**Verblijfomstandigheden:**

* Hotel/pension
* Appartement
* Guesthouse
* Camping/tent
* Boot/schip
* Bij lokale bevolking
* Bij lokale kennissen/ familie
* Onbekend

**Heeft u al eens eerder een buitenlandse reis gemaakt?** *Ja / Nee*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Land** | **Jaar** | **Eventuele gezondheidsproblemen tijdens deze reis** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Bent u in het verleden gevaccineerd volgens het rijksvaccinatieprogramma?**

* Ja
* Nee

**Bent u in het verleden vaker gevaccineerd?**

* Ja
* Nee
* Militaire dienst

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vaccinatie** | **Jaar** | **Hoe vaak gevaccineerd?** |
| * DTP
 |  |  |
| * Hepatitis A
 |  |  |
| * Hepatitis B
 |  |  |
| * BMR
 |  |  |
| * Gele koorts
 |  |  |
| * Buiktyfus
 |  |  |
| * .
 |  |  |
| * .
 |  |  |
| * .
 |  |  |

**Heeft u last gehad van complicaties ten gevolge van deze vaccinaties?**

* Nee
* Ja, welke en wanneer?

**Heeft u het afgelopen jaar een medische behandeling (inclusief tandarts) ondergaan?**

* Nee
* Ja, welke en wanneer?

**Heeft u een chronische ziekte of aandoening (inclusief nierfunctieproblemen)?**

* Nee
* Ja, welke?

**Heeft u een depressie of psychische problemen (gehad)?**

* Nee
* Ja

### Medicijngebruik

Vul hieronder in welke geneesmiddelen u op dit moment gebruikt.

Dit geldt ook voor middelen die u bij de drogist of een andere apotheek heeft gehaald. Denk ook aan medicatie die u van de specialist krijgt.

|  |
| --- |
| **Medicijnen .** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

### Overige medische gegevens

|  |
| --- |
| Wat is uw gewicht kg |
| Zwangerschap/kinderwens  Ja  Nee Weken zwanger op vertrek dag:  |
| Borstvoeding  Ja  Nee |
| Anticonceptie  Ja  Nee |
| Contactlenzen  Ja  Nee  Harde of zachte lenzen: |
| Transplantatie ondergaan  Ja  Nee |
| Miltverwijdering ondergaan  Ja  Nee |
| Maag- of darmklachten  Ja  Nee |
| Geelzucht (hepatitis A) gehad  Ja  Nee |
| Overgevoeligheid janee  Zo ja, welke: (geneesmiddelen/eiwit/aluminium) |

### Ondertekening

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Naam:

Datum:

Handtekening: