### 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. Dit doen wij voor mensen die bij ’t Gasthuis als vaste patiënt staan ingeschreven.

Een goede voorbereiding begint tenminste 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: €37,- 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.

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: