



Persoonsgegevens

Achternaam:

Telefoon privé:

Voorletters:

man/vrouw

Mobiel:

Adres:

Geboortedatum:

Postcode:

Geboorteland:

Woonplaats:

Verzekering:

Email adres:

Reden van reis

- Vakantie Zakelijk Familiebezoek Werk/stage

Verblijfsomstandigheden

- hotel/appartement Camping Familie/kennissen Schip Thuis bij lokale bevolking

Overige:

Vakantie-/reisbestemming

Bestemming(en) vakantie:

Vertrekdatum:

Verblijfsduur:

Eventuele bestemmingen in de toekomst:

Wat voor type (vakantie) reiziger bent u? *Meerdere antwoorden mogelijk*

Rustige vakantieganger

U houdt van een rustige vakantie met uw partner of gezin. U gaat naar het strand of het zwembad van het hotel. Lekker lui in de zon met een boekje, haalt een ijsje op de boulevard, misschien een wandelingetje naar de lokale markt of museum.

Sportieve vakantieganger

U houdt ervan om activiteiten te ondernemen en iets van het land te zien. U huurt er misschien een auto of scooter om de omgeving te leren kennen. U gaat mee op een excursie, wandeltocht of safari. En u vindt het leuk om eventueel te gaan snorkelen in zee of de lokale kapper te bezoeken.

Avontuurlijke vakantieganger

U houdt wel van actie en avontuur. Bij water denkt u bijv. aan raften in rivier, bungy jumpen of diepzee duiken. En bij een berg aan: bergbeklimmen of mountainbiken. U vindt het spannend om er een tatoeage of piercing te laten zetten en staat open voor een vakantie liefde.

Diversen

Heeft u eerder vaccinaties gehad voor reizen of beroep: JA/NEE

Zo ja, welke vaccinaties heeft u gehad en wanneer:

Indien u een (geel) vaccinatieboekje heeft, graag deze met dit formulier afgeven.

Bent u onder controle van een arts?	Ja/Nee	Naam:
Gebruikt u medicijnen?	Ja/Nee	Welke:
Gebruikt u de anticonceptiepil?	Ja/Nee	Welke:
Bent u in verwachting?	Ja/Nee	Aantal weken?
Bent u van plan dit op korte termijn te worden?	Ja/Nee	
Geeft u borstvoeding?	Ja/Nee	
Bent u allergisch?	Ja/Nee	Waarvoor:
Bent u allergisch voor kippeneieren?	Ja/Nee	
Bent u allergisch voor medicijnen?	Ja/Nee	Welke:
Bent u ooit geopereerd?	Ja/Nee	Aard:
Werkt uw milt minder goed of is deze weggehaald?	Ja/Nee	
Heeft u een aandoening waardoor u een verminderde afweer tegen infecties heeft?	Ja/Nee	Aard:
Heeft u de laatste jaren chemokuren gehad of bestraling?	Ja/Nee	Reden:
Lijdt u aan suikerziekte/psoriasis/epilepsie/een nierziekte/een leverziekte?	Ja/Nee	Aard:
Heeft u een maag- of darmaandoening?	Ja/Nee	Aard:
Heeft u een vaatprothese of pacemaker?	Ja/Nee	Welke:
Heeft u een verminderde bloedstolling of gebruikt u bloedverduunners?	Ja/Nee	Welke:
Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of andere psychische problemen (gehad)?	Ja/Nee	Welke:
Heeft u geelzucht gehad of zijn ooit antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald?	Ja/Nee	Anamnese A/B
		Wanneer?
Heeft u ooit last gehad van injecties en/of malaria tabl.?	Ja/Nee	Welke?
Bent u ooit flauwgevallen tijdens of na injectie of bloedafname?	Ja/Nee	
Bent u in militaire dienst geweest?	Ja/Nee	Jaar:

Naar waarheid ingevuld

Datum:

Naam in blokletters:

Handtekening: