

Vaccinatieformulier

Gelieve reeds zelf in te vullen.

Naam:		Leeftijd:	
Welk(e) land(en) bezoekt u?			
Datum vertrek:		Duur verblijf:	
Welke soort reis gaat u maken?	<input type="checkbox"/> zakenreis	<input type="checkbox"/> familiebezoek	<input type="checkbox"/> toerisme
	<input type="checkbox"/> avontuurlijk	<input type="checkbox"/> wonen	<input type="checkbox"/> werken/stage
	<input type="checkbox"/> humanitair project	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speciale activiteiten?	<input type="checkbox"/> duiken	<input type="checkbox"/> trekking	<input type="checkbox"/> hooggebergte
	<input type="checkbox"/> fietsvakantie	<input type="checkbox"/> andere:
Reist u frequent (naar de tropen)?		

VACCINATIESTATUS: basisvaccinatie als kind volledig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Gele koorts-vaccinatie	<input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> 1x gekregen : datum: <input type="checkbox"/> meer dan 1x gekregen : datum:
Tetanus /difterie / pertussis	Naam vaccin/datum: <input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> <10jaar geleden <input type="checkbox"/> >10jaar geleden <input type="checkbox"/> >20j geleden
Poliovaccinatie	<input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> als kind volledig gevaccineerd <input type="checkbox"/> vanaf 16 jaar een herhaling gekregen
Hepatitis A-vaccinatie	<input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> 1 – 2 – 3 keer gekregen Heeft u ooit geelzucht (hepatitis A) doorgemaakt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Hepatitis B-vaccinatie	<input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> 1 – 2 – 3 keer gekregen
Buiktyfus-vaccinatie	<input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> ...
Meningokokken ACWY-vaccinatie	Naam vaccin/datum:
Mazelenvaccinatie	<input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> 1 keer gekregen <input type="checkbox"/> 2 keer gekregen <input type="checkbox"/> doorgemaakt als kind
Rabiës (hondsdolheid)	<input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> 2 keer gekregen

PERSOONLIJKE GEZONDHEID	
Bent u zwanger? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Bent u allergisch voor bepaalde geneesmiddelen/eieren/vaccinaties of andere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, welke?
Hebt u een zwangerschapswens na de reis? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Hebt u ooit een depressie gehad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Neemt u cortisone? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Neemt u andere geneesmiddelen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Welke?
Hebt u een transplantatie ondergaan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Werd uw milt verwijderd? Thymusprobleem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Hebt u hiv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Diepe veneuze trombose in het verleden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Hebt u een chronische of ernstige ziekte ? Zo ja, welke?	

De patiënt werd geïnformeerd over de kostprijs