



M.A.E. DIRIX-TEUNISSEN
huisarts, reizigersgeneeskundige
Locatie: Medisch Centrum Groenveld
Prinsenstraat 10 5913 ST Venlo
Tel: 077 – 321.21.21



Intake-formulier/ Gezondheidsverklaring
Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesering (LCR)

Dit formulier is te downloaden via de website van het Medisch Centrum Groenveld: www.mcgroenveld.praktijkinfo.nl Lever het ingevulde formulier in aan de balie van het Medisch Centrum Groenveld. Dokter Dirix-Teunissen zal met u contact opnemen voor het maken van een afspraak. U kunt ook uw gegevens invullen op de site van Reisprk.nl. Volg hierbij de instructies in de verschillende menu's. Ook dan zal dokter Dirix-Teunissen met u contact opnemen voor het maken van een afspraak.

Datum: - -

Persoonlijke gegevens:

Achternaam: Voorletters: M / V
Geboortedatum: Geboorteland:
Adres: Postcode en Woonplaats:
Telefoon privé: Telefoon werk:
Eventueel GSM: Email-adres:
Huisarts:

Reisgegevens:

Reisbestemming: Vertrekdatum: Verblijfsduur:

Reisroute:

Reden reis:

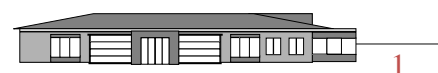
- vakantie
- zakelijk
- bezoek familie of kennissen
- migratie
- stage
- werk

Verblijfsomstandigheden:

- hotel
- appartement
- intrek bij familie of kennissen
- intrek bij de lokale bevolking
- camping
- schip
- overige

Te beantwoorden vragen:

- Bent u onder behandeling of controle van een arts ? - Ja - Nee
- Gebruikt u medicijnen ? - Ja - Nee
- Zo ja, welke medicijnen gebruikt u ?
-
-
-
-
-
-



Te beantwoorden vragen (vervolg):

(Voor de dames)

- Bent u in verwachting ? - Ja - Nee
- Geeft u borstvoeding ? - Ja - Nee
- Bent u van plan dit op korte termijn te worden ? - Ja - Nee
- Als u zwanger bent: hoeveel weken bent u dan nu zwanger ? weken.

- Bent u ergens allergisch voor ? - Ja - Nee
- Zo ja, waarvoor bent u allergisch ?

- Bent u allergisch voor kippeneieren ? - Ja - Nee
- Bent u allergisch voor antibiotica ? - Ja - Nee
- Zo ja, voor welke antibiotica ?
-
- Bent u ooit geopereerd ? - Ja - Nee
- Zo ja, welke operatie(s) heeft u ondergaan ?

- Is uw milt weg gehaald of werkt deze minder goed ? - Ja - Nee

- Heeft u een aandoening waardoor u verminderde afweer heeft tegen infecties ? - Ja - Nee
- Zo ja, wat is de aard van deze aandoening?

- Heeft u de laatste jaren chemokuren gehad of bent u ooit bestraald ? - Ja - Nee
- Zo ja, wat was de reden voor de bestraling ?
- Zo ja, wanneer is deze afgerond ?

- Lijdt u aan: suikerziekte / psoriasis / epilepsie / een nierziekte / een leverziekte ? - Ja - Nee
- Zo ja, welke van de bovengenoemde aandoeningen heeft u ?

- Heeft u een maag- of darmaandoening ? - Ja - Nee
- Zo ja, welke ?

- Heeft u een vaatprothese of pacemaker ? - Ja - Nee
- Zo ja, welke?

- Heeft u een verminderde bloedstolling of gebruikt u bloedverduunners ? - Ja - Nee
- Zo ja, welke aandoening of welke bloedverduunners ?

- Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of andere psychische problemen (gehad) ? - Ja - Nee
- Zo ja, om welke aandoening gaat het ?

- Heeft u ooit geelzucht gehad of zijn er ooit Antistoffen tegen hepatitis A en/of B bepaald ? - Ja - Nee

- Heeft u ooit veel last gehad van inenting(en) en/of Malariatabletten ? - Ja - Nee
- Zo ja, van welk vaccin of van welke tabletten? En wat was de aard van de bijwerking(en)?

- Bent u ooit flauwgevallen tijdens of na een injectie Of bloedafname ? - Ja - Nee

Naar waarheid ingevuld, datum:

Handtekening cliënt:

