

PREVENT Vaccinatiebureau**Gezondheidsverklaring**

Achternaam : voorletters: geslacht: M / V

Geboorte datum : BSN-nummer:

Straat : nr.:

Postcode + woonplaats : tel.nr.:

e. mail :

Geboorteland : eerder gevaccineerd ? Ja / Nee

Reisdoel : vertrekdatum:

Reisroute : verblijfsduur :

Reden reis : vakantie/ zakelijk/ familie bezoek/ vestiging/ stage/ werk als:

Verblijfsomstandigheden : hotel/ appartement/ bij familie/ bij lokale bevolking/ tent/ schip/ overig:

In te vullen door cliënt	Ja	nee	Opmerking door verpl.
Lijdt u aan een (ernstige) ziekte ?	Ja	Nee	Aard:
Lijdt/leed u aan een depressie of andere ernstige psychische problemen ?	Ja	Nee	
Bent u onder behandeling/controle van een arts ?	Ja	Nee	Naam: Verwijzing/overleg
Lijdt u aan suikerziekte/ een nierziekte/ psoriasis/ epilepsie ?	Ja	Nee	
Heeft u maag en/of darmklachten ?	Ja	Nee	
Gebruikt u medicijnen ? gebruikt u de pil ?	Ja	Nee	Welke:
Bent u ergens allergisch voor ?	Ja	Nee	Antibiotica/ kip/ ei/.....
Bent u in verwachting of van plan dit op korte termijn te worden/ geeft u borstvoeding ?	Ja	Nee	Zwangerschapsduur:
Heeft u de laatste jaren chemokuren gehad of bent u bestraald ?	Ja	Nee	Reden: Wanneer afgerond ?
Is uw milt weggehaald ?	Ja	Nee	
Heeft u geelzucht gehad of zijn antistoffen tegen hepatitis A Bepaald ?	Ja	Nee	Anamnese: A/B- Antistoffen HAV/HBV
Heeft u ooit veel last gehad van inenting van van malariatabletten ?	Ja	Nee	Vaccin/ malara profylaxe: Aard:
Bent u weleens flauwgevallen tijdens of na een injectie ?	Ja	Nee	
Bent u in militaire dienst geweest ?	Ja	Nee	Jaar:
Heeft U ooit een aandoening van uw thymus (zwezerik) gehad?	Ja	Nee	

