



PATIËNT

ETIQUETTE

www.chirec.be

- Delta Ziekenhuis
- Medisch Centrum Park Leopold
- City Clinic Louiza

Mevrouw, Mijnheer,

Teneinde uw volgende reis zo goed mogelijk trachten voor te bereiden, verzoeken wij u deze vragenlijst te willen invullen.

UW REIS

Wanneer vertrekt u? _____
 Hoeveel tijd zult u in het buitenland verblijven? _____
 Om welke soort reis gaat het? _____

- Toerisme (georganiseerde reis, comfortabele hotels)
- Zakenreis (verblijf in een comfortabel hotel, niet een gewaagde excursie)
- Avontuur (excursies van verschillende dagen onder moeilijke hygiënische omstandigheden, contacten met de plaatselijke bevolking, uitoefening van risicovolle sporten)
- Professionele stage (verblijf van lange duur, ontwikkelings-samenwerking)
- Andere: _____

Welk(e) land(en) zal u bezoeken? _____

Hoe zal u reizen:

- Alleen
- Met familie
- In groep

Voorziet u bijzondere sportactiviteiten?

- Ja Welke? _____
- Neen

UW HUISARTS

Naam: _____

Voornaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Stad: _____

UW GEZONDHEIDSTOESTAND

Allergie voor geneesmiddelen, vaccins, eieren?
 Ja Welke? _____
 Neen

Chronische ziekten: _____
 Dagelijkse behandeling: _____

Bent u zwanger of denkt u dat u weldra zwanger zal worden?
 Ja Neen

Geeft u borstvoeding?
 Ja Neen

UW INENTINGEN

Werd u gevaccineerd tegen:

- | | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> < 10 jaar | <input type="checkbox"/> > 10 jaar |
| <input type="checkbox"/> Difterie | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> < 10 jaar | <input type="checkbox"/> > 10 jaar |
| <input type="checkbox"/> Poliomyelitis | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> < 10 jaar | <input type="checkbox"/> > 10 jaar |
| <input type="checkbox"/> Mazelen | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> 1 injectie | <input type="checkbox"/> 2 injecties |
| <input type="checkbox"/> Hersenvliesontsteking | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> < 3 jaar | <input type="checkbox"/> > 3 jaar |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> 1 injectie | <input type="checkbox"/> 2 injecties
datum: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> 1 injectie | <input type="checkbox"/> 3 injecties
datum: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Gele koorts | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> < 10 jaar | <input type="checkbox"/> > 10 jaar |
| <input type="checkbox"/> Typhoïde koorts | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> < 3 jaar | <input type="checkbox"/> > 3 jaar |

Toegediende vaccinaties (voorbehouden voor de arts):

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stamaril | <input type="checkbox"/> Typhim | <input type="checkbox"/> Tetravac | <input type="checkbox"/> Rage |
| <input type="checkbox"/> Hépathite A | <input type="checkbox"/> Revaxis | <input type="checkbox"/> Fsme | <input type="checkbox"/> Engerix |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Mencevax | <input type="checkbox"/> Twinrix | |
| <input type="checkbox"/> Ixiaro | <input type="checkbox"/> Boostrix | <input type="checkbox"/> Boostrix + Polio | |