



VRAGENLIJST REISGENEESKUNDE (TRAVEL CLINIC)

In te vullen vóór uw consult en aan de arts te overhandigen.

BELANGIJK: Neem uw vaccinatiekaart of -boekje mee.

Vandaag is het:/...../20....

Uw huisarts:

Patiëntenlabel



UW REIS

Vertrekdatum:/...../20...

Terugkomstdatum:/...../20...

Te bezoeken landen en regio's:

Land 1 : Duur:

Land 2 : Duur:

Land 3 : Duur:

Bent u van plan om in de toekomst vaak te reizen? ☐ Ja | ☐ Nee

Heeft u al eens naar tropische landen gereisd?

☐ Nee | ☐ Ja (Welke:.....)



Soort verblijf:

- ☐ Toerisme / Hotel / Club
- ☐ Avontuur / Backpacken / Verblijf bij een gastgezin
- ☐ Bezoek aan familie of naasten
- ☐ Humanitair / Professioneel / Stage / Emigratie

Specifieke geplande activiteiten:

- ☐ Duiken
- ☐ Klimmen
- ☐ Hooggebergte (>2500 m)
- ☐ Trekking



UW GEZONDHEIDSTOESTAND

Heeft u ALLERGIEËN?

- ☐ Nee | ☐ Ja
- ☐ Eieren | ☐ Latex | ☐ Vaccins
- ☐ Medicijnen (Geef aan:

Voor vrouwen:

Bent u zwanger?

☐ Ja | ☐ Nee

Geeft u borstvoeding? ☐ Ja | ☐ Nee

Gebruikt u de pil? ☐ Ja | ☐ Nee

Bent u van plan om binnen 3 maanden na de reis zwanger te worden? ☐ Ja | ☐ Nee

Medische voorgeschiedenis

Lijdt u aan een chronische of ernstige ziekte?

.....

.....

Heeft u nog steeds uw milt?

☐ Ja | ☐ Nee

Heeft u een probleem met de thymus?

☐ Ja | ☐ Nee

Heeft u ooit een orgaantransplantatie ondergaan?

☐ Ja | ☐ Nee

Heeft u HIV/AIDS?

☐ Ja | ☐ Nee

Bent u ooit geopereerd? ☐ Nee | ☐ Ja

Zo ja, geef dan aan:

.....

Lijdt u aan epilepsie ☐, depressie ☐, angst ☐ of psychische stoornissen ☐?

Zo ja, licht dit dan toe.....

.....



LOPENDE BEHANDELINGEN EN MEDICIJNEN

Gebruikt u momenteel medicijnen?

-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----



UW VACCINATIEGESCHIEDENIS & ZIEKTEN

Heeft u ooit last gehad van:

Geelzucht / Hepatitis A? ☐ Ja | ☐ Nee

De mazelen? ☐ Ja | ☐ Nee

Geef de datum aan van uw LAATSTE injectie voor de volgende vaccins:

VACCINATIES	DATUM (OF JAAR)	AANTAL ONTVANGEN DOSES (INDIEN BEKEND)
Tetanus / Difterie / Polio		
Hepatitis A (geelzucht)		☐ 1 dosis ☐ 2 doses ☐ 3 doses
Hepatitis B		☐ 1 dosis ☐ 2 doses ☐ 3 doses ☐ 4 doses
Gele koorts		
Buiktyfus		
Mazelen / Rodehond / Bof (MMR)		
Meningokokken ACWY		
Hondsdolheid		
Japanse encefalitis		
Tekenencefalitis (FSME)		
Covid-19		
Mpox (aappokken)		



MEDISCHE CHECKLIST (IN TE VULLEN DOOR DE ARTS)

Vak uitsluitend bestemd voor gebruik door de arts

1. Malariaprofylaxe:

- ☐ Atovaquone/proguanil
- ☐ Doxycycline
- ☐ Mefloquine
- ☐ Geen specifieke maatregelen
- ☐ Voorbehandeling

2. Vandaag toegediende vaccins:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ STAMARIL | ☐ TYPHIM | ☐ VERORAB |
| ☐ AVAXIM | ☐ REVAXIS | ☐ VAQTA JUNIOR |
| ☐ BOOSTRIX | ☐ FSME-IMMUN | ☐ ENGERIX |
| ☐ BOOSTRIX POLIO | ☐ FSME-IMMUN JUN | ☐ ENGERIX JUN |
| ☐ POLIO | ☐ IMOVAX POLIO | ☐ TWINRIX |
| ☐ NIMENRIX | ☐ IXIARO | ☐ TWINRIX JUNIOR |
| ☐ QDENG | ☐ IXCHIQ | ☐ VIMKUNYA |

Overige: _____

3. Overhandigde patiëntenformulieren & gegeven adviezen:

- ☐ Malaria / PPAV
- ☐ Diarree / Fecaal gevaar ☐ Hoogte
- ☐ Hondsdolheid / Zoonosen
- ☐ Reisapotheek
- ☐ Behandeling op verzoek (Stand-by)

4. Voorschrift Dysenterie / Ernstige diarree:

- ☐ Azithromycine
- ☐ Ofloxacin (bij allergie voor macroliden)
- ☐ Loperamide

5. Behandeling op hoogte

- ☐ Diamox