



PDF Complete
 Your complimentary use period has ended.
 Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Ja Nee **Toelichting:**

Aantal weken zwanger:

Geeft u borstvoeding?

Heeft u geelzucht gehad of zijn er ooit antistoffen tegen hepatitis A e/o B bepaald?

Bent u ooit gevaccineerd?	Indien wel	Vaccinatie(s)+datum:
	als kind	:
	in militaire dienst	:
	i.v.m. een reis	:
	anders	:

Heeft u ooit problemen of bijwerkingen gehad van vaccinaties, bloedafname of malariatabletten?	Welk vaccin/welke malariatabletten?
	Welke bijwerking ? flauwvallen koorts huiduitslag anders: í í í .

Heeft u tijdens een reis ooit gezondheidsproblemen gehad?	Aard van de problemen:
---	------------------------

Draagt u contactlenzen ?	hard zacht
--------------------------	---------------

Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid ?	Welke ?
---	---------

Zijn er nog bepaalde zaken die u besproken wilt hebben ?	Welke ?
--	---------

Ondergetekende verklaard dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:

Handtekening:

Paraaf huisarts/reizigersadviseur: