

Reizigersadvies Vaccinatiecentrum Huisartsengroep Brielle

Als ingeschrevenen van één van de huisartsen in Brielle, kunt bij ons terecht voor reizigersadvies als u een verre reis gaat maken.

Ter voorbereiding van een gepast advies vragen wij u het bijgaande intakeformulier in te vullen.

Samen met (een kopie van) uw vaccinatieboekje, en eventueel een uitgebreide reisbeschrijving/route, kunt u dit formulier inleveren bij de doktersassistente.

Het formulier wordt nagekeken door een bevoegd reizigersassistente en besproken met de huisarts.

Met behulp van uw medisch dossier wordt er een advies op maat opgesteld.

De reizigersassistente neemt contact met u op om het gegeven advies door te spreken en een afspraak te maken voor het toedienen van de benodigde vaccinaties. *In sommige gevallen vraagt de huisarts of u op het spreekuur wilt komen. Uw medische voorgeschiedenis, medicijngebruik of het gebied waar u naar toe gaat kunnen hiervoor aanleiding geven.*

Voorafgaand aan deze afspraak haalt u de vaccinaties op in de apotheek, waar deze ook afgerekend moeten worden. Ook het consult met de reizigersassistente moet direct, contant afgerekend worden.

De nota van de apotheek en de huisartsenpraktijk kunt u indienen bij uw zorgverzekering. Uw polisvoorwaarden bepalen of u in aanmerking komt voor een vergoeding.

De kosten voor het reizigersadvies zijn als volgt:

- | | |
|---------------------------------|---|
| - Reizigersconsult + vaccineren | € 31,02 (voor volwassenen) |
| - Reizigersconsult + vaccineren | € 15,00 (voor kinderen/2 ^e persoon) |
| - Vaccinatieboekje | € 3,00 |

NB: Sommige ziektekostenverzekeraars vergoeden uitsluitend een reisadvies via de GGD of een travelkliniek. Uiteraard staat het u vrij om hier gebruik van te maken. Het verschil is dat een advies via uw eigen huisarts wordt gemaakt met de medische informatie uit uw eigen medisch dossier.

Intakeformulier reiziger

Vul voor een optimaal advies dit formulier zo volledig mogelijk in.

Naam		M/V
Geboortedatum		
Geboorteland/opgegroeid in		
In Nederland sinds		
Adres		
Postcode/ woonplaats		
Telefoonnummer		
Huisarts		
Emailadres		
Beroep		
Gewicht		
Vertrekdatum reis		

	Land van bestemming	Gebied/plaats	Duur
1			
2			
3			
4			
5			
6			

	Vraag	Antwoord
1	Reden van de reis	<input type="checkbox"/> Vakantie - <input type="checkbox"/> bezoek - <input type="checkbox"/> familie/kennissen – <input type="checkbox"/> migratie <input type="checkbox"/> werk/stage - <input type="checkbox"/> anders:
2	Reisgezelschap	<input type="checkbox"/> individueel - <input type="checkbox"/> partner/gezin - <input type="checkbox"/> anders:
3	Accommodatie	<input type="checkbox"/> hotel - <input type="checkbox"/> appartement - <input type="checkbox"/> camping - <input type="checkbox"/> schip – <input type="checkbox"/> lokale bevolking <input type="checkbox"/> familie/kennissen
4	Activiteiten	<input type="checkbox"/> verblijf op hoogte (> 2500 m) - <input type="checkbox"/> omgang dieren <input type="checkbox"/> medisch handelen - <input type="checkbox"/> duiken
5	Bent u eerder gevaccineerd?	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> als kind <input type="checkbox"/> in militaire dienst <input type="checkbox"/> i.v.m. reis <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet
6	Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een vaccinatie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Indien ja, welke vaccinatie + datum	
	Indien ja, welke bijwerkingen	
7	Heeft u ooit bijwerkingen gehad van malariatabletten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8	Bent u ergens allergisch voor?	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Kippen(eiwit) <input type="checkbox"/> Medicijnen: <input type="checkbox"/> Nee

9	Bent u onder behandeling of controle van een arts?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
	Indien ja, waarvoor		
10	Heeft u een van de volgende ziektes (gehad)?	<input type="radio"/> Suikerziekte <input type="radio"/> Maagdarmziekte <input type="radio"/> Leverziekte <input type="radio"/> Nierziekte <input type="radio"/> Hart- en vaatziekte <input type="radio"/> Epilepsie <input type="radio"/> Stollingsziekte <input type="radio"/> Anders:	<input type="radio"/> Afweerstoornis <input type="radio"/> HIV/aids <input type="radio"/> Miltziekte <input type="radio"/> Thymusziekte <input type="radio"/> Kanker <input type="radio"/> Psoriasis
	Heeft u ooit hepatitis A of B (geelzucht) gehad?	<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> A - <input type="radio"/> B - <input type="radio"/> geel zien - <input type="radio"/> antistoffentest <input type="radio"/> Nee	
12	Heeft u nu of vroeger psychische problemen (gehad)?	<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Depressie <input type="radio"/> Angststoornis <input type="radio"/> Psychose <input type="radio"/> Anders: <input type="radio"/> Nee	
14	Gebruikt u medicijnen en/of de anticonceptiepil? <i>Ook middelen niet voorgeschreven door een arts</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
	Indien ja	<input type="radio"/> Maagzuurremmers - <input type="radio"/> Antibioticum - <input type="radio"/> HIV-remmer <input type="radio"/> Afweerremmer - <input type="radio"/> Antistolling – <input type="radio"/> Anticonceptiepil	
15	Bent u ooit bestraald of heeft u chemokuren gehad?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
16	Bent u ooit geopereerd?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
	Indien ja, waar	<input type="radio"/> Maag - <input type="radio"/> Darmen - <input type="radio"/> Milt - <input type="radio"/> Anders:	
17	Heeft u een vaatprothese of hartklep prothese?	<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Vaatprothese <input type="radio"/> Hartklep prothese <input type="radio"/> Nee	
18	Bent u zwanger?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Weet niet	
	Indien ja, hoe lang:		
19	Bent u van plan op korte termijn zwanger te worden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
	Indien ja, laatste menstruatie		
20	Geeft u borstvoeding?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
21	Heeft u ooit gezondheidsproblemen gehad op reis?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
22	Zijn er nog andere zaken die u wilt bespreken?		

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:

Handtekening:

Paraaf reizigersadviseur:

Paraaf arts: