

## Vragenlijst Reizigers

Voor het verstrekken van een reisadvies hebben wij onderstaande gegevens van u nodig.  
Wilt u onderstaand formulier invullen en naar uw GGD retourneren?

BSN	
Familie-/achternaam	
Geslacht	
Geboortedatum	DD-MM-JJJJ
Nationaliteit / Nationaliteit ouders	
Huidig adres / postcode / woonplaats	
Telefoonnummer	
Email	
Bent u gevaccineerd tegen Tuberculose? (BCG vaccinatie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, wanneer?
Naar welk(e) land(en) gaat u op reis? Hoelang verblijft u in (ieder) land?	
Gaat u werken op u reisbestemming?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee  Zo ja, gaat u werken in een: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ziekenhuis</li> <li><input type="checkbox"/> Gevangenis</li> <li><input type="checkbox"/> Instelling voor:               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Daklozen / drugsverslaafde</li> <li><input type="checkbox"/> illegalen / vluchtelingen</li> <li><input type="checkbox"/> HIV-geïnfekteerden</li> <li><input type="checkbox"/> anders nl:</li> </ul> </li> </ul>
Lijdt u aan of heeft u gehad?	<input type="checkbox"/> Suikerziekte / Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Chronisch nierfalen of nierdialyse <input type="checkbox"/> Orgaantransplantatie <input type="checkbox"/> Auto-immuunziekte zoals reuma, reumatoïde artritis <input type="checkbox"/> Psoriasis, colitis ulcerosa of ziekte van Crohn <input type="checkbox"/> Sarkoidose <input type="checkbox"/> Kanker in de afgelopen 2 jaar <input type="checkbox"/> HIV / AIDS <input type="checkbox"/> Silicose <input type="checkbox"/> Geen van bovenstaande
Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee  Zo ja, gebruikt u weestand verlagende middelen zoals: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Corticosteroiden (prednison) langer dan 4 weken</li> <li><input type="checkbox"/> Middelen tegen kanker</li> <li><input type="checkbox"/> Immunosuppressiva (gebruikt bij auto-immuunziekten zoals reumatoïde, artritis, psoriasis, colitis ulcerosa, ziekte van Crohn etc.)</li> </ul>
Vermeldt a.u.b. de namen van alle medicijnen die u gebruikt.	
Bent u in de afgelopen 6 weken gevaccineerd met de BMR, Gele koorts of Buiktyfus vaccin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, welke en wanneer?