



PATIËNT

ETIQUETTE

www.chirec.be

- Delta Ziekenhuis
- Braine-l'Alleud-Waterloo 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, ontwikkelingsamenwerking)
- 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<br>datum: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B           | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> 1 injectie | <input type="checkbox"/> 3 injecties<br>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):

- Stamaril  Typhim  Tetravac  Rage
- Hépathite A  Revaxis  Fsme  Engerix
- Polio  Mencevax  Twinrix
- Ixiaro  Boostrix  Boostrix + Polio