



- Had u complicaties ten gevolge van deze vaccinaties?  nee  
 ja:.....
- Heeft u een vaccinatieboekje?  nee  
 ja, deze dan graag mee inleveren
- Heeft u eerder malariapillen gebruikt?  nee  
 ja Lariam / Malarone / Paludrine

**Medische gegevens**

- Lijdt u aan een ernstige ziekte?:  nee  
 ja.....
- Heeft u in het verleden geelzucht gehad?  nee  
 ja
- Is er sprake van een van de volgende punten bij u?  psychische problemen  
 suikerziekte  
 epilepsie  
 hartzieken  
 hepatitis  
 longziekte  
 maag/darmklachten  
 nierziekte  
 psoriasis  
 stollingsstoornissen  
 is uw milt verwijderd?  
 gebruikt u de pil?  
 zwanger of zwangerschapswens?  
 borstvoeding?  
 overgevoelig voor kippe-eiwit?  
 overgevoelig voor medicatie? Zoja, welke:  
.....

Medicijngebruik, welke medicijnen gebruikt u? (eventueel de naam + dosering erachter vermelden)

- Prednison .....
- Immunosuppressiva .....
- Hartmedicatie .....
- Maag/darmmedicatie .....
- Antistolling .....
- Antibiotica .....
- Slaapmiddelen .....
- Overige .....

Wie is uw huisarts? ..... gevestigd te:.....

*Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.*

**Handtekening:**

**Datum:**

.....

.....