

Person-nr:

Namn:

Adress:

Postadress:.....

Tel-nr:

Mobiltel-nr:

Avresedatum?

Till vilka länder skall Du resa?

Hur länge skall du vara borta?

Hur skall Du tillbringa tiden på resmålet:

- Turistresa, hotell
 Enkelt, primitivt resande

Har Du någon allergi eller överkänslighet? Ja Nej

Om ja, mot vad?

Har Du tidigare reagerat på vaccinationer? Ja Nej

Använder Du något läkemedel regelbundet. Ja Nej

Om ja vad?

Lider Du av någon av följande sjukdomar:

Psoriasis Ja Nej

Epilepsi Ja Nej

Psykiska besvär Ja Nej

Anser Du Dig vara frisk? Ja Nej

.....

Har Du tidigare ätit malariatabletter? Ja Nej

Om ja, vilken sort?

Om du behöver malariamedicin måste vi veta din **vikt**:

Är du gravid, eller planerar graviditet närmaste tiden? Ja Nej

TAG GÄRNA MED UPPGIFTER OM TIDIGARE VACCINATIONER!

(Datum)

(Underskrift/målsman barn under 16 år)

.....