

Matförgiftning, anmälan

* Obligatoriska fält

Dina uppgifter och uppgifter om insjuknandet

Namn
E-post
Telefon (där du nås dagtid)
Vilket DATUM och ungefärligt KLOCKSLAG åt du den mat som du tror orsakade sjukdomen?*
Var köptes den mat som misstänks ha orsakat sjukdomen?*
VAD åt du?*
Vilket DATUM och ungefärligt KLOCKSLAG insjuknade du?*

Uppgifter om sjukdomssymtom

Har du...*

haft feber?

varit illamående?

haft magsmärtor?

haft kräkningar?

haft diarré?

haft huvudvärk?

haft känselrubbingar?

varit i kontakt med en läkare?

Annat?

Annat?

Uppgifter om den misstänkta matförgiftningen

VAR (på restaurang eller hos privatperson) och VAD åt du tidigare samma dygn?*

Vilket DATUM och vilket ungefärligt KLOCKSLAG var du återställd?*

Fanns det fler personer i sällskapet som blev sjuka och vad åt de? (Person 1, 2, 3, 4)*

Är du allergisk eller överkänslig mot något livsmedel?*

Har du varit utomlands nyligen? (Senaste månaden)* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Om ja, var?

Har någon i din närhet varit magsjuk den senaste tiden? (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift