



Anmäla misstänkt matförgiftning

* Obligatoriska fält

1 Kontaktuppgifter

1.1 Namn
1.2 Telefonnummer (dagtid)
1.3 E-post
1.4 Anmälan avser* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Enstaka fall <input type="checkbox"/> Sällskap
1.5 Önskar du återkoppling från Miljö- och stadsbyggnadskontoret (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
1.6 DOLD integrationskonfiguration
1.7 DOLD CaseSubTitle
1.8 DOLD CaseSubtitleFree

2 Antal insjuknade

2.1 Totalt antal sjuka*
2.2 Personer i åldern 0-17 år
2.3 Personer i åldern 18-50 år
2.4 Personer i åldern 50- år
2.5 Har alla som insjuknat ätit av samma rätt?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
2.6 Har de som insjuknat ätit några andra måltider tillsammans under samma dag eller dagen innan insjuknande? (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
2.7 Om ja, beskriv
2.8 Har alla samma symptom?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej

3 Allmänt

3.1 Ange namn på restaurangen/butiken*
3.2 Vilken mat tror du att du blev sjuk av? Beskriv så noggrant du kan.*
3.3 Varför misstänker du den maten? Beskriv exempelvis lukt, smak och temperatur.*
3.4 Ange datum för din måltid*
3.5 Ange tid för din måltid* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> 00:00 <input type="checkbox"/> 00:30 <input type="checkbox"/> 01:00 <input type="checkbox"/> 01:30 <input type="checkbox"/> 02:00 <input type="checkbox"/> 02:30



- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 03:00 | <input type="checkbox"/> 03:30 |
| <input type="checkbox"/> 04:00 | <input type="checkbox"/> 04:30 |
| <input type="checkbox"/> 05:00 | <input type="checkbox"/> 05:30 |
| <input type="checkbox"/> 06:00 | <input type="checkbox"/> 06:30 |
| <input type="checkbox"/> 07:00 | <input type="checkbox"/> 07:30 |
| <input type="checkbox"/> 08:00 | <input type="checkbox"/> 08:30 |
| <input type="checkbox"/> 09:00 | <input type="checkbox"/> 09:30 |
| <input type="checkbox"/> 10:00 | <input type="checkbox"/> 10:30 |
| <input type="checkbox"/> 11:00 | <input type="checkbox"/> 11:30 |
| <input type="checkbox"/> 12:00 | <input type="checkbox"/> 12:30 |
| <input type="checkbox"/> 13:00 | <input type="checkbox"/> 13:30 |
| <input type="checkbox"/> 14:00 | <input type="checkbox"/> 14:30 |
| <input type="checkbox"/> 15:00 | <input type="checkbox"/> 15:30 |
| <input type="checkbox"/> 16:00 | <input type="checkbox"/> 16:30 |
| <input type="checkbox"/> 17:00 | <input type="checkbox"/> 17:30 |
| <input type="checkbox"/> 18:00 | <input type="checkbox"/> 18:30 |
| <input type="checkbox"/> 19:00 | <input type="checkbox"/> 19:30 |
| <input type="checkbox"/> 20:00 | <input type="checkbox"/> 20:30 |
| <input type="checkbox"/> 21:00 | <input type="checkbox"/> 21:30 |
| <input type="checkbox"/> 22:00 | <input type="checkbox"/> 22:30 |
| <input type="checkbox"/> 23:00 | <input type="checkbox"/> 23:30 |

3.6 Ange datum för ditt insjuknande*

3.7 Ange tid för ditt insjuknande* (Du kan endast välja ett alternativ)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 00:00 | <input type="checkbox"/> 00:30 |
| <input type="checkbox"/> 01:00 | <input type="checkbox"/> 01:30 |
| <input type="checkbox"/> 02:00 | <input type="checkbox"/> 02:30 |
| <input type="checkbox"/> 03:00 | <input type="checkbox"/> 03:30 |
| <input type="checkbox"/> 04:00 | <input type="checkbox"/> 04:30 |
| <input type="checkbox"/> 05:00 | <input type="checkbox"/> 05:30 |
| <input type="checkbox"/> 06:00 | <input type="checkbox"/> 06:30 |
| <input type="checkbox"/> 07:00 | <input type="checkbox"/> 07:30 |
| <input type="checkbox"/> 08:00 | <input type="checkbox"/> 08:30 |
| <input type="checkbox"/> 09:00 | <input type="checkbox"/> 09:30 |
| <input type="checkbox"/> 10:00 | <input type="checkbox"/> 10:30 |
| <input type="checkbox"/> 11:00 | <input type="checkbox"/> 11:30 |
| <input type="checkbox"/> 12:00 | <input type="checkbox"/> 12:30 |
| <input type="checkbox"/> 13:00 | <input type="checkbox"/> 13:30 |
| <input type="checkbox"/> 14:00 | <input type="checkbox"/> 14:30 |
| <input type="checkbox"/> 15:00 | <input type="checkbox"/> 15:30 |
| <input type="checkbox"/> 16:00 | <input type="checkbox"/> 16:30 |
| <input type="checkbox"/> 17:00 | <input type="checkbox"/> 17:30 |
| <input type="checkbox"/> 18:00 | <input type="checkbox"/> 18:30 |



- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 19:00 | <input type="checkbox"/> 19:30 |
| <input type="checkbox"/> 20:00 | <input type="checkbox"/> 20:30 |
| <input type="checkbox"/> 21:00 | <input type="checkbox"/> 21:30 |
| <input type="checkbox"/> 22:00 | <input type="checkbox"/> 22:30 |
| <input type="checkbox"/> 23:00 | <input type="checkbox"/> 23:30 |

3.8 Sjukdomssymptom (obligatorisk)

Flera svar är möjliga*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Magont | <input type="checkbox"/> Illamående |
| <input type="checkbox"/> Feber | <input type="checkbox"/> Kräkningar |
| <input type="checkbox"/> Diaréer | <input type="checkbox"/> Blod i avföringen |
| <input type="checkbox"/> Huvudvärk | <input type="checkbox"/> Utslag |
| <input type="checkbox"/> Värk i kroppen | <input type="checkbox"/> Halsont |
| <input type="checkbox"/> Annat | |

3.9 Om "Annat" beskriv vad

3.10 Kvarstår dina symptom?* (Du kan endast välja ett alternativ)

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

3.11 Om dina symptom försvunnit, ange datum då dessa försvann.

3.12 Ange tid då symptom försvann (Du kan endast välja ett alternativ)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 00:00 | <input type="checkbox"/> 00:30 |
| <input type="checkbox"/> 01:00 | <input type="checkbox"/> 01:30 |
| <input type="checkbox"/> 02:00 | <input type="checkbox"/> 02:30 |
| <input type="checkbox"/> 03:00 | <input type="checkbox"/> 03:30 |
| <input type="checkbox"/> 04:00 | <input type="checkbox"/> 04:30 |
| <input type="checkbox"/> 05:00 | <input type="checkbox"/> 05:30 |
| <input type="checkbox"/> 06:00 | <input type="checkbox"/> 06:30 |
| <input type="checkbox"/> 07:00 | <input type="checkbox"/> 07:30 |
| <input type="checkbox"/> 08:00 | <input type="checkbox"/> 08:30 |
| <input type="checkbox"/> 09:00 | <input type="checkbox"/> 09:30 |
| <input type="checkbox"/> 10:00 | <input type="checkbox"/> 10:30 |
| <input type="checkbox"/> 11:00 | <input type="checkbox"/> 11:30 |
| <input type="checkbox"/> 12:00 | <input type="checkbox"/> 12:30 |
| <input type="checkbox"/> 13:00 | <input type="checkbox"/> 13:30 |
| <input type="checkbox"/> 14:00 | <input type="checkbox"/> 14:30 |
| <input type="checkbox"/> 15:00 | <input type="checkbox"/> 15:30 |
| <input type="checkbox"/> 16:00 | <input type="checkbox"/> 16:30 |
| <input type="checkbox"/> 17:00 | <input type="checkbox"/> 17:30 |
| <input type="checkbox"/> 18:00 | <input type="checkbox"/> 18:30 |
| <input type="checkbox"/> 19:00 | <input type="checkbox"/> 19:30 |
| <input type="checkbox"/> 20:00 | <input type="checkbox"/> 20:30 |
| <input type="checkbox"/> 21:00 | <input type="checkbox"/> 21:30 |
| <input type="checkbox"/> 22:00 | <input type="checkbox"/> 22:30 |
| <input type="checkbox"/> 23:00 | <input type="checkbox"/> 23:30 |



3.13 Har du sökt läkarvård för dina symptom?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

3.14 Har någon provtagning gjorts? (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

3.15 Om "Ja" ange resultat

3.16 Har du varit inlagd på sjukhus?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

4 Övrigt

4.1 Vad åt du tidigare samma dag som du insjuknade (Utöver den misstänkta måltiden)?*

4.2 Var åt du måltiden/måltiderna?*

4.3 Har flera personer ätit av samma rätt?

4.4 Vad åt du dagen innan du insjuknade?

4.5 Var åt du måltiden/måltiderna?

4.6 Har du någon livsmedelsallergi eller matöverkänslighet?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

4.7 Om "Ja" beskriv

4.8 Har du varit utomlands de senaste 14 dagarna?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

4.9 Om "Ja" var du sjuk under resan? (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

4.10 Kommer du i ditt yrke i kontakt med förpackade livsmedel?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

4.11 Om "Ja" beskriv

4.12 Har den/de som blivit sjuka druckit vatten från samma brunn?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Vet ej

4.13 Har den/de som blivit sjuka badat i en sjö eller ett hav den senaste veckan?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Vet ej

4.14 Övriga upplysningar?

Sökandes underskrift



Ort och datum

Underskrift

Anvisningar för blankett

InfoPage

I e-tjänsten kan du göra en anmälan till miljö- och stadsbyggnadskontoret om du misstänker att du blivit matförgiftad av mat som du köpt eller ätit i Lidingö. Alla inkomna uppgifter, även dina kontaktuppgifter, registreras i vårt datasystem och blir en offentlig handling. Detta innebär att uppgifterna är offentliga och alla har rätt att ta del av dem.

Du kan välja att inte lämna kontaktuppgifter. Då kan vi inte återkomma till dig om vi har behov av ytterligare information och chansen att utreda anmälan minskar tyvärr. Vill du vara anonym och ändå kunna nås för kompletterande frågor eller få en kopia på ditt klagomål kan du ange en e-postadress som inte innehåller ditt namn.

Om flera personer blivit sjuka och symptomen skiljer sig mycket behöver varje person fylla i ett eget formulär

1 Kontaktuppgifter

1.4 Anmälan avser

Beskrivning

Enstaka fall

Sällskap

1.5 Önskar du återkoppling från Miljö- och stadsbyggnadskontoret

Beskrivning

Ja

Nej

1.6 DOLD integrationskonfiguration

Beskrivning

Man

Kvinna

2 Antal insjuknade



2.5 Har alla som insjuknat ätit av samma rätt? **Beskrivning**

Ja

Nej

Vet ej

2.6 Har de som insjuknat ätit några andra måltider tillsammans under samma dag eller dagen innan insjuknande? **Beskrivning**

Ja

Nej

Vet ej

2.8 Har alla samma symptom? **Beskrivning**

Ja

Nej

Vet ej

3 Allmänt

Anvisningar för fält

3.1 Ange namn på restaurangen/butiken **Beskrivning**

Ja

Nej

3.2 Vilken mat tror du att du blev sjuk av? Beskriv så noggrant du kan. **Beskrivning**

Man



Kvinna

3.5 Ange tid för din måltid

Beskrivning

00:00

00:30

01:00

01:30

02:00

02:30

03:00

03:30

04:00

04:30

05:00

05:30

06:00

06:30

07:00

07:30

08:00

08:30



09:00

09:30

10:00

10:30

11:00

11:30

12:00

12:30

13:00

13:30

14:00

14:30

15:00

15:30

16:00

16:30

17:00

17:30

18:00

18:30

19:00



19:30

20:00

20:30

21:00

21:30

22:00

22:30

23:00

23:30

3.7 Ange tid för ditt insjuknande

Beskrivning

00:00

00:30

01:00

01:30

02:00

02:30

03:00

03:30

04:00

04:30



05:00

05:30

06:00

06:30

07:00

07:30

08:00

08:30

09:00

09:30

10:00

10:30

11:00

11:30

12:00

12:30

13:00

13:30

14:00

14:30

15:00



15:30

16:00

16:30

17:00

17:30

18:00

18:30

19:00

19:30

20:00

20:30

21:00

21:30

22:00

22:30

23:00

23:30

**3.8 Sjukdomssymptom (obligatorisk)
Flera svar är möjliga**

Beskrivning

Magont

Illamående



Feber

Kräkningar

Diaréer

Blod i avföringen

Huvudvärk

Utslag

Värk i kroppen

Halsont

Annat

3.10 Kvarstår dina symptom?

Beskrivning

Ja

Nej

3.12 Ange tid då symptom försvann

Beskrivning

00:00

00:30

01:00

01:30

02:00

02:30

03:00



03:30

04:00

04:30

05:00

05:30

06:00

06:30

07:00

07:30

08:00

08:30

09:00

09:30

10:00

10:30

11:00

11:30

12:00

12:30

13:00

13:30



14:00

14:30

15:00

15:30

16:00

16:30

17:00

17:30

18:00

18:30

19:00

19:30

20:00

20:30

21:00

21:30

22:00

22:30

23:00

23:30



3.13 Har du sökt läkarvård för dina symptom?

Beskrivning

Ja

Nej

3.14 Har någon provtagning gjorts?

Beskrivning

Ja

Nej

3.16 Har du varit inlagd på sjukhus?

Beskrivning

Ja

Nej

4 Övrigt

4.2 Var åt du måltiden/måltiderna?

Beskrivning

Ja

Nej

Vet ej

4.6 Har du någon livsmedelsallergi eller matöverkänslighet?

Beskrivning

Ja

Nej

4.8 Har du varit utomlands de senaste 14 dagarna?

Beskrivning

Ja



Nej

4.9 Om "Ja" var du sjuk under resan? Beskrivning

Ja

Nej

4.10 Kommer du i ditt yrke i kontakt med oförpackade livsmedel? Beskrivning

Ja

Nej

4.11 Om "Ja" beskriv Beskrivning

Ja

Nej

4.12 Har den/de som blivit sjuka druckit vatten från samma brunn? Beskrivning

Ja

Nej

Vet ej

4.13 Har den/de som blivit sjuka badat i en sjö eller ett hav den senaste veckan? Beskrivning

Ja

Nej

Vet ej

5 Sammanfattningssida

6 Tacksida