



Anmälan om misstänkt matförgiftning

* Obligatoriska fält

1 Personuppgifter

1.1 Namn*
1.2 Telefonnummer (dagtid)*
1.3 Mejladress*
1.4 Anmälan avser* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Enstaka fall <input type="checkbox"/> Familj <input type="checkbox"/> Sällskap <input type="checkbox"/> Annat
1.5 Vid enstaka fall, ange könet på den som insjuknat (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna

2 Antal insjuknade

2.1 Kvinnor*
2.2 Män*
2.3 Personer i åldern 0-17 år*
2.4 Personer i åldern 18-50 år*
2.5 Personer i åldern 50- år*
2.6 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
2.7 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

Sjukdomsförlopp

3.5 Ange datum och tid för din måltid (ÅÅ-MM-DD, klockslag)*
3.6 Ange datum och tid för ditt insjuknande (ÅÅ-MM-DD, klockslag)*
3.7 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/hudrodnad <input type="checkbox"/> Värk i kroppen <input type="checkbox"/> Halsont



Annat

3.8 Om "Annat" beskriv vad

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

Ja

Nej

3.10 Om dina symptom försvunnit, ange datum och tidpunkt då dessa försvann. (ÅÅ-MM-DD, klockslag)

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

Ja

Nej

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

Ja

Nej

3.13 Om "Ja" ange resultat

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

Ja

Nej

4 Övrigt

4.1

Beskriv så gott du kan alla dina måltider två dygn innan den misstänkta måltiden

4.2 Vad åt du/ni?*

4.3 Åt ni hemma eller på restaurang? Vilken?*

4.4

Övrigt

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

Ja

Nej

4.6 Om "Ja" beskriv

4.7 Har de som blivit sjuka ätit några andra måltider tillsammans?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Vet ej

4.8 Har du varit utanför Europa 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 oförpackade 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 på Lidingö (i sjö eller 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

Introduktion

I formuläret nedan 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, men då kan vi inte återkomma till dig om vi har behov av ytterligare information. Chansen att vi ska kunna utreda anmälan minskar då.

Ett tips! Vill du vara anonym men ändå kunna nås för kompletterade 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.

Kontakt

Miljö- och stadsbyggnadskontoret
181 82 Lidingö
www.lidingo.se

1 Personuppgifter

1.4 Anmälan avser

Beskrivning

Enstaka fall

Familj

Sällskap

Annat

1.5 Vid enstaka fall, ange könet på den som insjuknat

Beskrivning

Man

Kvinna

2 Antal insjuknade

2.6 Har alla som insjuknat ätit av samma rätt?

Beskrivning



Ja

Nej

Vet ej

2.7 Har alla samma symptom?

Beskrivning

Ja

Nej

Vet ej

3 Allmänt

Anvisningar för fält

3.1 Ange namn på restaurangen/butiken

Beskrivning

Enstaka fall

Familj

Sällskap

Annat

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

Beskrivning

Man

Kvinna

3.7 Sjukdomssymptom (obligatorisk) Flera svar är möjliga

Beskrivning

Magont



Illamående

Feber

Kräkningar

Diaréer

Blod i avföringen

Huvudvärk

Utslag/hudrodnad

Värk i kroppen

Halsont

Annat

3.9 Kvarstår dina symptom?

Beskrivning

Ja

Nej

3.11 Har du sökt läkarvård för dina symptom?

Beskrivning

Ja

Nej

3.12 Har någon provtagning gjorts?

Beskrivning

Ja

Nej

3.14 Har du varit inlagd på sjukhus?

Beskrivning



Ja

Nej

4 Övrigt

4.5 Har du någon livsmedelsallergi eller matöverkänslighet? **Beskrivning**

Ja

Nej

4.7 Har de som blivit sjuka ätit några andra måltider tillsammans? **Beskrivning**

Ja

Nej

Vet ej

4.8 Har du varit utanför Europa 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 på Lidingö (i sjö eller hav) den senaste veckan?

Beskrivning

Ja

Nej

Vet ej

5 Sammanfattningssida

6 Tacksida