



## Anmäla misstänkt matförgiftning

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. 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.

Om du skickar in anmälan via post ska den sändas till:

Lidingö stad  
Miljö- och stadsbyggnadskontoret  
181 82 Lidingö



## Anmäla misstänkt matförgiftning

\* Obligatoriska fält

### Kontaktuppgifter

Namn	Telefonnummer (dagtid)
E-post	Anmälan avser <input type="checkbox"/> Enstaka fall <input type="checkbox"/> Sällskap <input type="checkbox"/> Familj <input type="checkbox"/> Annat
Vid enstaka fall, ange könet på den som insjuknat <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna	

### Antal insjuknade

Kvinnor	Män
Personer i åldern 0-17 år	Personer i åldern 18-50 år
Personer i åldern 50- år	Har alla som insjuknat ätit av samma rätt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Nej
Har alla samma symptom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Nej	

### Allmänt

Ange namn på restaurangen/butiken <input type="checkbox"/> Enstaka fall <input type="checkbox"/> Sällskap <input type="checkbox"/> Familj <input type="checkbox"/> Annat	Vilken mat tror du att du blev sjuk av? Beskriv så noggrant du kan. <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna
Varför misstänker du den maten? Beskriv exempelvis lukt, smak och temperatur.	Ange datum och tid för din måltid (ÅÅ-MM-DD, klockslag)
Ange datum och tid för ditt insjuknande (ÅÅ-MM-DD, klockslag)	Sjukdomssymptom (obligatorisk) Flera svar är möjliga <input type="checkbox"/> Magont <input type="checkbox"/> Feber <input type="checkbox"/> Diaréer <input type="checkbox"/> Huvudvärk <input type="checkbox"/> Värk i kroppen <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> Illamående <input type="checkbox"/> Kräkningar <input type="checkbox"/> Blod i avföringen <input type="checkbox"/> Utslag/hudrodnad <input type="checkbox"/> Halsont
Om "Annat" beskriv vad	Kvarstår dina symptom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om dina symptom försvunnit, ange datum och tidpunkt då dessa försvann. (ÅÅ-MM-DD, klockslag)	Har du sökt läkarvård för dina symptom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har någon provtagning gjorts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange resultat
Har du varit inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	



## Övrigt

Vad åt du/ni?	Åt ni hemma eller på restaurang? Vilken?
Har du någon livsmedelsallergi eller matöverkänslighet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" beskriv
Har de som blivit sjuka ätit några andra måltider tillsammans? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Har du varit utanför Europa de senaste 14 dagarna? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja" var du sjuk under resan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kommer du i ditt yrke i kontakt med oförpackade livsmedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja" beskriv <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har den/de som blivit sjuka druckit vatten från samma brunn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Har den/de som blivit sjuka badat på Lidingö (i sjö eller hav) den senaste veckan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Övriga upplysningar?