

**Anmälare**

Namn		Datum
Adress		Tel
Postnummer	Postadress	Tel mobil
E-post		

Misstänkt livsmedel/måltid/dricksvatten

Datum	Klockslag
Antal ätande	Antal sjuka
Måltid	
Tillbehör (t.ex. sallad, bröd, dryck, is)	
Anmälaren misstänker	

Sjukdomsförlopp

Insjuknat datum	Klockslag
Varaktighet	

Symtom (i kronologisk ordning, ange siffra i rutan)

Person 1 , ålder:			
<input type="checkbox"/> kräkning	<input type="checkbox"/> diarré (ej blodig)	<input type="checkbox"/> huvudvärk	<input type="checkbox"/> feber
<input type="checkbox"/> illamående	<input type="checkbox"/> diarré (blodig)	<input type="checkbox"/> utslag	<input type="checkbox"/> buksmärta
Känd allergi mot livsmedel	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja (ange vad): _____	
Annan kommentar:	_____ _____		

Person 2, ålder:

- | | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kräkning | <input type="checkbox"/> diarré (ej blodig) | <input type="checkbox"/> huvudvärk | <input type="checkbox"/> feber |
| <input type="checkbox"/> illamående | <input type="checkbox"/> diarré (blodig) | <input type="checkbox"/> utslag | <input type="checkbox"/> buksmärta |

Känd allergi mot livsmedel

 nej ja (ange vad): _____

Annan kommentar:

_____**Person 3, ålder:**

- | | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kräkning | <input type="checkbox"/> diarré (ej blodig) | <input type="checkbox"/> huvudvärk | <input type="checkbox"/> feber |
| <input type="checkbox"/> illamående | <input type="checkbox"/> diarré (blodig) | <input type="checkbox"/> utslag | <input type="checkbox"/> buksmärta |

Känd allergi mot livsmedel

 nej ja (ange vad): _____

Annan kommentar:

_____**Person 4, ålder:**

- | | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kräkning | <input type="checkbox"/> diarré (ej blodig) | <input type="checkbox"/> huvudvärk | <input type="checkbox"/> feber |
| <input type="checkbox"/> illamående | <input type="checkbox"/> diarré (blodig) | <input type="checkbox"/> utslag | <input type="checkbox"/> buksmärta |

Känd allergi mot livsmedel

 nej ja (ange vad): _____

Annan kommentar:

_____**Tidigare måltider****Övrigt**

Har den/de som blivit sjuk druckit vatten från egen brunn?

 ja nej

Har den/de som blivit sjuk varit i kontakt med djur?

 ja nej

Har den/de som blivit sjuk varit utomlands? ja nej

Om ja: Var? _____

När? _____

Har den/de som blivit sjuk haft någon i sin närhet med samma symtom? ja nej

Har den/de som blivit sjuk något barn på förskola? ja nej

Har den/de som blivit sjuk badat i bassäng, hav eller insjö? ja nej

Om ja, var? bassängbad: _____

hav: _____

insjö: _____

Övriga upplysningar

Mottaget av

Enhet	Datum
-------	-------

Blanketten skickas till:

- Varmdo.kommun@varmdo.se eller,
- Värmdö kommun
Bygg- och miljöavdelningen
134 81 Gustavsberg

De uppgifter du lämnar kommer att registreras i en databas hos Värmdö kommun. Genom att du lämnar dessa uppgifter godkänner du att dina uppgifter registreras. Uppgifterna är tillgängliga för allmänheten och kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (1998:204). Fastighetsuppgifter hämtas från Lantmäteriets fastighetsregister.