

**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)**

<b>Person 1</b> , 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:**

kräkning                       diarré (ej blodig)                       huvudvärk                       feber  
 illamående                       diarré (blodig)                       utslag                       buksmärta

Känd allergi mot livsmedel     nej  
    ja (ange vad): \_\_\_\_\_

Annan kommentar: \_\_\_\_\_  
   \_\_\_\_\_

**Person 3, ålder:**

kräkning                       diarré (ej blodig)                       huvudvärk                       feber  
 illamående                       diarré (blodig)                       utslag                       buksmärta

Känd allergi mot livsmedel     nej  
    ja (ange vad): \_\_\_\_\_

Annan kommentar: \_\_\_\_\_  
   \_\_\_\_\_

**Person 4, ålder:**

kräkning                       diarré (ej blodig)                       huvudvärk                       feber  
 illamående                       diarré (blodig)                       utslag                       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](mailto:Varmdo.kommun@varmdo.se) eller,
- Värmdö kommun  
Bygg- och miljöavdelningen  
134 81 Gustavsberg

### Behandling av personuppgifter

*De personuppgifter du lämnar när du skickar in uppgifter registreras och behandlas enligt reglerna i dataskyddsförordningen (GDPR). Dina uppgifter kommer att bevaras och arkiveras. Det görs eftersom uppgifterna behövs för vår myndighetsutövning (artikel 6, 1.e i GDPR).*

*Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring eller för att begära att vi begränsar behandlingen, för att göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter. Du har också rätt att få felaktiga uppgifter rättade. Läs gärna mer på [varmdo.se/personuppgifter](http://varmdo.se/personuppgifter) om hur kommunen behandlar personuppgifter. Personuppgiftsansvarig är bygg-, miljö-, och hälsoskyddsnämnden. Har du frågor eller synpunkter på hur personuppgifter hanteras kontakta vårt dataskyddsombud: [dataskyddsombud@varmdo.se](mailto:dataskyddsombud@varmdo.se). Vid klagomål kan du även vända dig till Datainspektionen, [datainspektionen.se](http://datainspektionen.se).*