

Anmälan om misstänkt matförgiftning

Datum för anmälan

Inköpsställe

Namn på affär/restaurang	Besöksadress
Ort	

Datum och tidpunkt när maten köptes

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Tid
--------------------	-----

Plats där maten äts

Plats (t.ex. inköpsstället, hemma)

Måltid

Datum och tid när maten äts

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Tid
--------------------	-----

Berörda personer

Antal personer som åt	Antal personer som blev sjuka
Ät alla som blev sjuka av samma mat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hade maten dålig lukt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hade maten dålig smak? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hade maten dåligt utseende? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beskriv vad som äts, inklusive tillbehör	
Om varmrätt serverades, upplevdes maten varm? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om kallrätt serverades, upplevdes maten kall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Blev fler sjuka av samma mat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Finns det matrester kvar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Annat som rör måltiden. Beskriv	

Symtom

Illamående <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Diarré <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kräkningar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Buksmärta <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Huvudvärk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Feber <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Annat symtom, ange vad	

Personuppgifterna registreras och sparas i Västra Mälardalens Myndighetsförbunds dataregister enligt dataskyddsförordningen. För ytterligare information om hur Västra Mälardalens Myndighetsförbund behandlar dina personuppgifter se Arboga kommuns eller Kungsörs kommuns webbplats.

Datum och tid när symtomen började

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Tid
--------------------	-----

Kompletterande information

Har kontakt tagits med sjukvården? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har avföringsprov lämnats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Övriga upplysningar	

Uppgifter om anmälare

Om anmälare önskar vara anonym fyll inte i nedanstående information.	
För att vid eventuellt behov kunna ställa ytterligare frågor och om anmäla- ren önskar återkoppling i ärendet behöver vi uppgifter om anmäla- ren.	
Förnamn	Efternamn
Telefonnummer (inklusive riktnummer)	E-postadress
Önskas återkoppling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej