



\* = Obligatorisk uppgift

Bräcke kommun

Box 190, 843 21 Bräcke

bracke@bracke.se, 0693-161 00

### Anmälare (frivillig uppgift och du kan vara anonym)

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Telefon (även riktnummer)

Utdelningsadress
Postnummer
Postort
E-postadress

### Inköpsställe

Namn på affär/restaurang*
Besöksadress
Datum när maten köptes*
Tidpunkt när maten köptes*

Ort
Plats där maten äts (t.ex. inköpsstället, hemma)*

### Måltid

Datum när maten äts*
Tidpunkt när maten äts*

Antal personer som åt*
Antal personer som blev sjuka*

Ät alla som blev sjuka av samma mat?\*

- Ja  
 Nej

Hade maten dålig lukt?\*

- Ja  
 Nej

Hade maten dålig smak?\*

- Ja  
 Nej

Hade maten dåligt utseende?\*

- Ja  
 Nej

Beskriv vad som äts, inklusive tillbehör\*

Om varmrätt serverades,  
upplevdes maten varm?

- Ja  
 Nej

Om kall rätt serverades,  
upplevdes maten kall?

- Ja  
 Nej

Blev fler sjuka av samma mat?\*

- Ja  
 Nej

Finns det matrester kvar?\*

- Ja  
 Nej

Annat som rör måltiden - beskriv

### Symtom

Illamående\*

- Ja  
 Nej

Diarré\*

- Ja  
 Nej

Kräkningar\*

- Ja  
 Nej

Buksamärta\*

- Ja  
 Nej

Huvudvärk\*

- Ja  
 Nej

Feber\*

- Ja  
 Nej

Annat symtom, ange vad

Datum när symtomen började*
-----------------------------

Tidpunkt när symtomen började*
--------------------------------

Har symtomen gått över?\*

- Ja  
 Nej

Datum när symtomen försvann
-----------------------------

Tidpunkt när symtomen försvann
--------------------------------



# Bräcke kommun

Bräcke kommun

## Kompletterande information

Har kontakt tagits med sjukvården?\*

Ja

Nej

Har avföringsprov lämnats?\*

Ja

Nej

Övriga upplysningar

Ovanstående personuppgifter kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PuL).

## Underskrift

Datum och anmälarens underskrift\*

Namnförtydligande\*