



### Frivilliga uppgifter

Namn	
Gatuadress	Postnummer och ort
Telefon/mobil	E-postadress
Datum	

### Information om misstänkt matförgiftning

Vad tror du orsakade din sjukdom? Vad har du ätit och druckit i övrigt?
Var köptes den mat som misstänkts ha orsakat sjukdomen? (Restaurang eller butik)?
När åt du av maten som du misstänker orsakade matförgiftningen (datum och tid)?
Var det fler personer som åt av den misstänkta maten?
Hur många av dessa blev sjuka med likartade symptom?
När blev du sjuk (datum och tid)?
Vilken typ/typer av sjukdom har du drabbats av? <input type="checkbox"/> Feber <input type="checkbox"/> Illamående <input type="checkbox"/> Påverkan på balanssystemet <input type="checkbox"/> Huvudvärk <input type="checkbox"/> Magont <input type="checkbox"/> Ont i kroppen <input type="checkbox"/> Hudrodnad <input type="checkbox"/> Kräkningar <input type="checkbox"/> Diarré <input type="checkbox"/> Annat _____
Har du varit i kontakt med läkare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är du återställd och i så fall när blev du återställd?
Övrig information

