



SURAHAMMARS KOMMUN

Anmälan om misstänkt matförgiftning

* = Obligatorisk uppgift

kommunen@surahammar.se

Anmälare (frivillig uppgift och du kan vara anonym)

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Telefon (även riknummer)

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

Buksmärt*

- 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



SURAHAMMARS KOMMUN

kommunen@surahammar.se

Kompletterande information

Har kontakt tagits med sjukvården?*

Ja

Nej

Har avföringsprov lämnats?*

Ja

Nej

Övriga upplysningar

Underskrift

Datum och anmälarens underskrift*

Namnförtydligande*