

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Annan sjukdom - ej anmälningspliktig

Annan diagnos:

Anmälan avser:

- ☐ Kompletterande uppgifter
- ☐ Nytt fall

Typ av patient-ID:

- ☐ Personnummer
- ☐ Samordningsnummer
- ☐ Annat nummer

Patient-ID:

Födelseår:

Ålder:

Kön:

- ☐ Kvinna
- ☐ Man
- ☐ Uppgift saknas

Namn:

Telefonnummer:

Grund för diagnos:

- ☐ Epidemiologiskt samband
- ☐ Klinisk bild
- ☐ Laboratieverifierad
- ☐ Uppgift saknas

Laboratorium:

Anledning till undersökning:

- ☐ Smittspårning/kontaktspårning
- ☐ Utredning av sjukdomssymptom
- ☐ Annan orsak
- ☐ Uppgift saknas

Annan anledning till undersökning:

.....

.....

SÄRSKILD POSTADRESS/VISTELSEADRESS - FYLL ENDAST I OM ADRESSEN SKILJER SIG FRÅN FOLKBOKFÖRINGSADRESSEN

Gatuadress (särskild):

Postnummer (särskild):

Ort (särskild):

NÄR?

Insjukningsdatum:

Diagnosdatum:

VAR?

Sannolikt smittland:

Smittort:

Insjuknandeort:

HUR?

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Uppgift saknas

Smittväg:

- ☐ Djurkontakt
- ☐ Födoämne
- ☐ Personkontakt
- ☐ Smitta genom yrket
- ☐ Annat
- ☐ Uppgift saknas

Annan smittväg:

.....

.....

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET

Huvudsakligt yrke/sysselsättning:

- ☐ Arbetar inom barnomsorg
- ☐ Arbetar inom vård/omsorg
- ☐ Arbetar med djur
- ☐ Bor eller arbetar på lantbruk
- ☐ Personal, daghem/förskola/skola
- ☐ Annat
- ☐ Uppgift saknas

Namn på förskola (om tillämpligt):

.....

Donerat blod eller annat:

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Uppgift saknas

Övrig information:

.....

.....

UPPGIFTER OM ANSVARIG (BEHANDLANDE)

LÄKARE

Landsting:

Typ av klinik:

Sjukhus/klinik/mm:

Adress:

Postadress (postnr):

Postadress (ort):

Tel. kliniken/mottagningen:

Läkarens namn:

Anmälade läkares tel.anknytning:

.....

Formuläret matades in av (om annan än

.....