

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Denguefeber

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
- ☐ Laboratorieverifierad
- ☐ Uppgift saknas

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:

ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET

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

.....