

* = Obligatorisk uppgift

Burlövs kommun

Box 53 , 232 21 Arlöv

burlovs.kommun@burlov.se, 040-625 60 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

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



Burlövs kommun

Kompletterande information

Har kontakt tagits med sjukvården?*

 Ja Nej

Har avföringsprov lämnats?*

 Ja Nej

Övriga upplysningar

Underskrift

Datum och anmälares underskrift*

Namnförtydligande*



**Burlövs
kommun**

Burlövs kommun

Hantering av personuppgifter:

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.