

April 2024/HHE

### Kontaktuppgifter

Anonyma klagomål med bristande uppgifter kan vara svåra för oss att utreda. Lämnade uppgifter är offentliga.

Namn	Telefon/mobil
Postadress	Postnummer
Ort	
E-post	

### Misstänkt måltid/livsmedel

Matställets/livsmedelsverksamhetens namn *
Ort och besöksadress *
Datum och klockslag när maten intogs *
Beskriv vad som ingick i den misstänkta måltiden/maten
Varför misstänker du just detta livsmedel <input type="checkbox"/> Lukt <input type="checkbox"/> Temperatur <input type="checkbox"/> Smak <input type="checkbox"/> Flera blev sjuka av samma <input type="checkbox"/> Utseende <input type="checkbox"/> Annat, beskriv _____
Vad har du ätit de senaste 48 timmarna före den misstänkta matförgiftningen: Frukost dag 1: _____ Frukost dag 2: _____ Lunch dag 1: _____ Lunch dag 2: _____ Middag/eftermiddags-/kvällsmåltider dag 1: _____ Middag/eftermiddags-/kvällsmåltider dag 2: _____
<input type="checkbox"/> Har du någon överkänslighet eller nedsatt immunförsvar

### Symptom

När blev du sjuk
<input type="checkbox"/> Feber <input type="checkbox"/> Magsmärtor <input type="checkbox"/> Kräkningar <input type="checkbox"/> Utslag <input type="checkbox"/> Huvudvärk <input type="checkbox"/> Annat, beskriv: _____ <input type="checkbox"/> Diarré
Har du fortfarande symptom? <input type="checkbox"/> Ja. Vilka: _____ <input type="checkbox"/> Nej. När försvann symptomen: _____

