

Registreringsdatum: .....

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Legionellainfektion

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

Anledning till undersökning:

 Smittspårning/kontaktspårning Utredning av sjukdomssymptom Annan orsak Uppgift saknas

Annan anledning till undersökning: .....

.....

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

Gatuadress (särskild): .....

Postnummer (särskild): .....

Ort (särskild): .....

**NÄR?**

Insjukningsdatum: .....

Diagnosdatum: .....

**VAR?**

Sannolikt smittland: .....

Smittort: .....

**RESESPECIFIKA UPPGIFTER**

Avresedatum: .....

Hemkomstdatum: .....

Hotell där patienten bott under vistelsen: .....

.....

Researrangör: .....

Annan relevant information: .....

.....

.....

**HUR?**

Finns kända/misstänkta fall i omgivningen?:

 Ja Nej Uppgift saknas

Typ av boende:

 Fast boende Fritidsboende Uppgift saknas**ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR  
SMITTSKYDDET**

Övrig information: .....

.....

.....

**ÅTGÄRDER**

Har smittspårning påbörjats?:

 Ja Nej

Ansvarig smittspårare namn/telefon: .....

.....

Smittspårning remitterad till: .....

**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

.....