

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Leptospirainfektion

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 saknasSÄRSKILD 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?

Typ av boende:

 Fast boende Fritidsboende Uppgift saknas**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

.....