

Registreringsdatum:

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom:

Pneumokockinfektion (invasiv infektion)

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:

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

Gatuadress (särskild):

Postnummer (särskild):

Ort (särskild):

NÄR?

Diagnosdatum:

**ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR
SMITTSKYDDET**

Vaccinerad?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Antal doser:

Datum för senaste vaccindos:

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

.....