

Registreringsdatum: .....

Misstänkt anmälningspliktig sjukdom: Stelkramp

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:

- Klinisk bild
- Laborieverifierad
- Uppgift saknas

SÄRSKILD POSTADRESS/VISTELSEADDRESS - Fyll endast i om adressen skiljer sig från folkbokföringsadressen

Gatuadress (särskild): .....

Postnummer (särskild): .....

Ort (särskild): .....

**NÄR?**

Insjukningsdatum: .....

Diagnosdatum: .....

**ÖVRIGA UPPGIFTER AV BETYDELSE FÖR SMITTSKYDDET**

Vaccinerad?:

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Antal doser: .....

Datum för senaste vaccindos: .....

Sedvanligt vaccinationsprogram:

- Ja
- Nej

 Uppgift saknas

Kommentar till vaccination: .....

.....

.....

Har patienten avlidit?:

- Ja
- Nej

Avliden datum: .....

Övrig information: .....

.....

.....

**UPPGIFTER OM ANSVARIG (BEHANDLANDE)  
LÄKARE**

Landsting: .....

Typ av klinik: .....

Sjukhus/klinik/mm: .....

Adress: .....

Postadress (postnr): .....

Postadress (ort): .....

Tel. kliniken/mottagningen: .....

Läkarens namn: .....

Anmälande läkares tel.anknytning: .....

.....

Formuläret matades in av (om annan än

.....