

<b>Anmälare</b>	Namn	
	E-post	Telefon
<b>Maten</b>	När åt du den mat som misstänks ha orsakat sjukdomen? <i>Ange datum och ungefärligt klockslag</i>	
	Var köptes maten? <i>Ange namn på restaurang/butik</i>	
	Vad åt du för mat?	
<b>Sjukdom</b>	När utbröt sjukdomen? <i>Ange datum och klockslag</i>	När blev du frisk? <i>Ange datum och klockslag</i>
	<i>Kryssa för de symptom som du upplevt</i>	
	<input type="checkbox"/> Feber <input type="checkbox"/> Illamående <input type="checkbox"/> Kräkningar <input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Magsmärtor <input type="checkbox"/> Huvudvärk <input type="checkbox"/> Hudrodnad <input type="checkbox"/> Yrsel
Har du varit i kontakt med läkare?		
<b>Sällskap</b>	Hade du sällskap då du åt maten som misstänks ha orsakat sjukdomen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vad åt de andra?	
	Blev någon annan i sällskapet sjuk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Annan eventuell källa till sjukdomen</b>	Har du ätit på någon annan restaurang/butik i närtid innan du blev sjuk?	
	Om ja, på vilken restaurang/butik åt du då?  Vad åt du vid det tillfället/tillfällena?	