

Hälsodeklaration avseende MRSA

Datum: _____

Namn: _____ Personnummer : _____ - _____

1. Har du under de senaste sex (6) månaderna arbetet eller vårdats på sjukhus eller behandlats polikliniskt för hud-/sårskada utanför Sverige eller på svensk vårdinrättning där okontrollerad spridning av MRSA förekommer?

- Ja
- Nej
- Vet inte

2. Har du eller någon i din närmaste omgivning, t.ex. någon i ditt hushåll eller familj, ett känt bärarskap av MRSA?

- Ja
- Nej
- Vet inte

Jag bekräftar att uppgifterna i ovanstående hälsodeklaration är fullständiga och sanna.

.....
Datum

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande (textat)