

# Hälsodeklaration avseende tuberkulos

Datum: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



**1. Har du ett eller flera av följande symtom?** (sätt ett kryss i den eller de rutor som du tycker stämmer)

- Långvarig hosta (mer än 2 veckor).
- Feber.
- Avmagring.
- Nattnliga svettningar.
- Nej, jag har inget av de ovanstående symtomen.

**2. Har du själv haft tuberkulos?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**3. Har någon anhörig eller annan nära kontakt till dig haft tuberkulos eller kontrollerats pga. misstänkt tuberkulos?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

Om Ja, vem och när: \_\_\_\_\_

**4. Är du född utanför Sverige?**

- Ja
- Nej

Om Ja, i vilket land och hur länge var du i ditt födelseland? \_\_\_\_\_

**5. Har du vistats under längre tid (mer än 3 månader) i ett land utanför Väst-europa/Nordamerika/Australien?**

- Ja
- Nej

Om Ja, var och hur länge? \_\_\_\_\_

**6. Är du vaccinerad mot tuberkulos?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

Om Ja, vet du var och när? \_\_\_\_\_