

## Hälsodeklaration avseende tuberkulos

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

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

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



Plats för stämpel

### 1. Har du ett eller flera av följande symtom?

- Långvarig hosta (mer än två veckor)?
- Feberperioder?
- Avmagring (mer än fem kg på sex månader)?
- Natliga svettningar?
- Nej, jag har inget av ovanstående symtom.

Ev. kommentar:

\_\_\_\_\_

### 2. Har du själv haft tuberkulos?

- Ja    Nej    Vet inte

Om Ja, när?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Har någon av dina anhöriga eller annan nära kontakt haft tuberkulos?

- Ja    Nej    Vet inte

Om Ja, vem och när?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Är du född i Sverige?

- Ja    Nej

Om Nej, i vilket land och sedan när är du bosatt i Sverige?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Har du någon gång vistats under längre tid (mer än tre månader) i ett land utanför Västeuropa, Nordamerika, Australien?

- Ja    Nej

Om Ja, var och hur länge?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Är du vaccinerad mot tuberkulos (BCG)?

- Ja    Nej    Vet inte

Om Ja, när?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7. Har du tidigare genomgått en hälsokontroll för tuberkulos i Sverige?

- Ja    Nej    Vet inte

När: \_\_\_\_\_

Var: \_\_\_\_\_