

## Hälsodeklaration avseende tuberkulos

---

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

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
- Natliga 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 [Om ja], vem och när: \_\_\_\_\_
- Nej
- Vet inte

**4. Är du född utanför Sverige?**

- Ja [Om ja], i vilket land och hur länge var du i ditt födelseland? \_\_\_\_\_
- Nej

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

- Ja [Om ja], var och hur länge? \_\_\_\_\_
- Nej

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

- Ja [Om ja], vet du var och när? \_\_\_\_\_
- Nej
- Vet inte

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

.....  
Datum

.....  
Namnteckning

.....  
Namnförtydligande (textat)