



Bilaga 4

Datum	För anställning vid
Namn	Personnummer

Hälsodeklaration med avseende MRSA/VRE.

Frågor till nyanställda eller personal som återgår i tjänst:

1. Har du arbetat på sjukhus/vårdinrättning utomlands de sista sex månaderna?
 ja
 nej
2. Har du arbetat på sjukhus/vårdinrättning i Sverige de sista sex månaderna, där MRSA/VRE-infektioner har förekommit?
 ja
 nej
3. Har du varit patient på sjukhus/vårdinrättning utomlands de sista sex månaderna?
 ja
 nej
4. Har du varit patient på sjukhus/vårdinrättning i Sverige de sista sex månaderna, där MRSA/VRE-infektioner har förekommit?
 ja
 nej
5. Har någon i din familj/hushåll MRSA/VRE-infektion?
 ja
 nej

Datum	Underskrift
-------	-------------