



Bilaga 2

Datum	För anställning vid
Namn	Personnummer

Hälsodeklaration med avseende på tuberkulos.

1. Har du ett eller flera av följande symtom?

- långvarig hosta (mer än tre veckor)?
- feberperioder?
- avmagring (mer än 5 kg på 6 månader)?
- nattliga svettningar?
- förstörade lymfkörtlar?
- nej, jag har inget av ovanstående symtom.

Om ja, när? _____

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

- ja nej vet ej

Om ja, vem och när? _____

4. Har någon av dina anhöriga eller annan nära kontakt kontrollerats för misstänkt tuberkulos?

- ja nej vet ej

Om ja, vem och när? _____

5. Är du född i Sverige?

- ja nej

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

2. Har du själv haft tuberkulos?

- ja nej vet ej

6. Är båda dina föräldrar födda i

i Sverige?

- ja nej

Om nej, vilket land och sedan när är de bosatta i Sverige? _____

7. Har du någon gång vistats under längre

tid (mer än 3 mån) i ett land utanför Norden?

- ja nej

Om ja, var och hur länge? _____

8. Är du vaccinerad mot Tuberkulos - BCG-vaccinerad?

- ja nej

Om ja, när och i vilket land? _____

Datum

Underskrift