



Barn- och utbildningsförvaltningen

Skolsköterska Louise Söderlund, 0456-81 66 75
louise.soderlund@sbkf.se

Hälsodeklaration med avseende på tuberkulos

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 tre 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 nära anhörig eller annan nära kontakt till dig haft tuberkulos eller kontrollerats p.g.a. misstänkt tuberkulos under de senaste fem åren?

- 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 har du bott i Sverige?

5. Har du under de senaste fem åren vistats under längre tid (mer än 3 månader) i ett land utanför Västeuropa/Nordamerika/Australien?

- Ja
- Nej

Om Ja, var och hur länge? _____