

Registreringsskjema ved mistanker om negative matbårne reaksjoner eller andre uønskede hendelser - Matforsyning felles

Gjelder for: Servicedivisjon/Forsyningsavdeling/Forsyningsavdeling - felles

Dokumenttype: Skjema

Sist endret: 08.06.2023

Aktuelle spørsmål på skjema fylles ut så nøyaktig som mulig.

Kundeinformasjon:

Navn: _____

Adresse / sengepost: _____

Telefon: _____

e-post: _____

Klagen er mottatt dato: / / kl. : av: _____

Beskrivelse av klagen:

Produktinformasjon:

Produkt: _____

Pakkedato: _____ Siste forbruksdato: _____

Evt. kjøpstidspunkt: dato: ___/___/___ kl. ___:___

Mistanke om sykdom / allergisk reaksjon / andre hendelser:

Angi symptomer **i den rekkefølgen de har opptrådt** ved å sette et nummer bak:

- Magesmerter
- Diaré
- Oppkast
- Feber
- Svimmelhet
- Tannskade
- Annet

Antall personer oppgitt syke: _____ angi alder på de syke: _____

Oppvarmingsinfo dersom aktuelt: _____

Maten ble spist dato/kl.: __/__/__ kl. __:__

De første symptomene oppsto: __/__/__ kl. __:__