



Fullt namn:

Fødselsnummer:

Eg stadfestar at eg er i ei av risikogruppene under:

JA

- Organtransplantert
- Immunsvikt
- Hematologisk kreftsjukdom siste fem år
- Annan aktiv kreftsjukdom, pågåande eller nyleg avslutta behandling mot kreft (spesielt immundempande behandling, strålebehandling mot lunger eller cellegift)
- Nevrologisk sjukdom eller muskelsjukdom som medfører nedsett hostekraft eller lungefunksjon (for eks. ALS og cerebral parese)
- Downs syndrom
- Kronisk nyresjukdom eller betydeleg nedsett nyrefunksjon
- Kronisk leversjukdom eller betydeleg nedsett leverfunksjon
- Immundempande behandling som ved autoimmun sjukdom
- Diabetes
- Kronisk lungesjukdom, inkludert alvorleg astma som har medført bruk av høgdose-inhalasjonssteroidar eller steroidtablettar siste året
- Fedme med kroppsmasseindeks (KMI) på 35 kg/m² eller høgare
- Demens
- Kronisk hjarte- og karsjukdom (med unntak av høgt blodtrykk)
- Hjerneslag

Dato:

Signatur:
