



INFORMÁCIÓS LAP VÉSZHELYZETBEN HÍVJA A 911-ET

Hungarian

ELÉRHETŐSÉGEK CONTACT INFORMATION

Keresztnév (First Name)	Vezetéknév (Last Name)
Utca (Address)	Házzszám (Apartment Number)
Város (City)	Írányítószám (Postal Code)
Elsődleges telefonszám (____) ____ - ____ (Main Phone)	Egyéb telefonszám (____) ____ - ____ (Alt. Phone)
Egészségügyi kártya ____ - ____ - ____ (Health Card)	Születési idő (Birth Date) ____ / ____ / ____ nap / hó / év (day) (month) (year)
Beszélt nyelv(ek) (Primary Language)	Nem ☐ Férfi ☐ Nő ☐ (Gender) (M) (F)
☐ Egészségügyi önrendelkezés (Advanced Care Directive)	➔ Megtalálható itt: _____ (On file with)

Vészhelyzet esetén értesítendő (1) (Emergency Contact 1)	
Elsődleges telefonszám (____) ____ - ____ (Main Phone)	Egyéb telefonszám (____) ____ - ____ (Alt. Phone)
Vészhelyzet esetén értesítendő (2) (Emergency Contact 2)	
Elsődleges telefonszám (____) ____ - ____ (Main Phone)	Egyéb telefonszám (____) ____ - ____ (Alt. Phone)
Elsődleges egészségügyi szolgáltató _____ (Primary Care Provider)	
Telefon (____) ____ - ____ (Phone)	

FONTOS EGÉSZSÉGÜGYI ELŐZMÉNYEK RELEVANT MEDICAL HISTORY

☐ Epilepszia (görcsrohamok) (Seizure (convulsions))	☐ Cukorbetegség (inzulinfüggő / Nem inzulinfüggő) (Diabetic (insulin / non insulin dependant))	☐ Rák (Cancer)
☐ Agyvérzés / Agyérgörcs (Stroke/TIA)	☐ Szívbetegségek (angina, infarktus, koszorúér-műtét, pacemaker) (Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker))	☐ Alzheimer-kór (Alzheimer)
☐ Hipertónia (magas vérnyomás) (Hypertension (high blood pressure))	☐ COPD (krónikus obstruktív tüdőbetegség: tüdőtagulás, hörghurut) (COPD (emphysema, bronchitis))	☐ Elmebaj (Dementia)
☐ Pangásos szívelégtelenség (Congestive heart failure)	☐ Asztma (Asthma)	☐ Pszichiátriai betegség (Psychiatric)
Egyéb _____ (Other)		

GYÓGYSZEREK MEDICATIONS

1) _____	6) _____	11) _____
2) _____	7) _____	12) _____
3) _____	8) _____	13) _____
4) _____	9) _____	14) _____
5) _____	10) _____	15) _____

ALLERGIÁS REAKCIÓK MEDICAL ALLERGIES

☐ **Nincs ismert allergia** (No Known Allergies)
 ☐ **Penicillin** (Penicillin)
 ☐ **Aszpirin** (ASA)
 ☐ **Szulfonamid** (Sulpha)
 ☐ **Kodein** (Codeine)

Egyéb (Other) _____

SPECIÁLIS ORVOSI KÖRÜLMÉNYEK SPECIAL CONSIDERATIONS

Fertőzés / Fertőző betegség _____
(Communicable Infection / Disease)

Egyéb (Other) _____

Kórházi kezelés _____ **→** ☐ **Hosszú távú kezelés** (Extensive history)

☐ **Részleg** (dialízis, neurológia, stb.) _____
(Specialty (dialysis, neuro, etc.))

MOZGÁSRENDSZER / ÉRZÉSENDSZER MOBILITY / SENSORY

☐ **Műfogsor** (Dentures)
 ☐ **Látórendszer** (látáskárosult / szemüveges / vak) (Visual (impairment / glasses / blind))
 ☐ **Hallórendszer** (halláskárosult / hallókészülékes / siket) (Hearing (impairment / aid / deaf))

☐ **Mozgásproblémák** (sétabot / kerekesszék / járókeret / mozgássérült moped / művégtag) (Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))

ELÉRHETŐSÉGEK HÁZIÁLLATOK GONDOZÁSÁHOZ PET CARE CONTACTS

1. elérhetőség _____ **Telefon** (_____) _____ - _____
 (Contact 1) (Phone)

2. elérhetőség _____ **Telefon** (_____) _____ - _____
 (Contact 2) (Phone)

Háziállatok listája és ellátási utasítások _____
(List of pets and pet care instructions)

Kitöltő: _____ **Dátum** _____ / _____ / _____
 (Completed by) (Date) **nap** **hó** **év**
 (day) (month) (year)