



ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΚΑΛΕΣΤΕ ΤΟ 911

Greek

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ CONTACT INFORMATION

Όνομα (First Name)	Επώνυμο (Last Name)
Διεύθυνση (Address)	Αριθμός διαμερίσματος (Apartment Number)
Πόλη (City)	Ταχυδρομικός κώδικας (Postal Code)
Κύριο τηλέφωνο (_____) - _____ (Main Phone)	Εναλλακτικό τηλέφωνο (_____) - _____ (Alt. Phone)
Κάρτα υγείας _____ - _____ - _____ (Health Card)	Ημερομηνία γέννησης _____ / _____ / _____ (Birth Date) ημέρα (day) μήνα (month) έτος (year)
Κύρια γλώσσα(ες) _____ (Primary Language)	Φύλο ☐ Α (M) ☐ Θ (F)
☐ Οδηγία περί Προηγμένης υγειονομικής περίθαλψης (Advanced Care Directive)	→ Αρχαιοθετημένο _____ (On file with)

Επαφή έκτακτης ανάγκης 1 (Emergency Contact 1)	
Κύριο τηλέφωνο (_____) - _____ (Main Phone)	Εναλλακτικό τηλέφωνο (_____) - _____ (Alt. Phone)
Emergency Contact 2 (Emergency Contact 2)	
Κύριο τηλέφωνο (_____) - _____ (Main Phone)	Εναλλακτικό τηλέφωνο (_____) - _____ (Alt. Phone)
Πάροχος πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Primary Care Provider)	
Τηλέφωνο (_____) - _____ (Phone)	

ΣΧΕΤΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ RELEVANT MEDICAL HISTORY

☐ ΧΑΠ (εμφύσημα, βρογχίτιδα) (COPD (emphysema, bronchitis))	☐ Διαβητικός/ή (Ινσουλινοεξαρτώμενος/η / μη ινσουλινοεξαρτώμενος/η) (Diabetic (insulin / non insulin dependant))	☐ Καρκίνος (Cancer)
☐ Άσθμα (Asthma)	☐ Εγκεφαλικό επεισόδιο/ Παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο (Stroke/TIA)	☐ Αλτσχάιμερ (Alzheimer)
☐ Υπέρταση (υψηλή αρτηριακή πίεση) (Hypertension (high blood pressure))	☐ Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (Congestive heart failure)	☐ Άνοια (Dementia)
☐ Επιληπτική κρίση (σπασμοί) (Seizure (convulsions))	☐ Καρδιακός/ή (στηθάγχη, καρδιακή προσβολή, bypass [αορτοστεφανιαία παράκαμψη], βηματοδότης) (Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker))	☐ Ψυχιατρικό νόσημα (Psychiatric)

Άλλο _____
(Other)

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΓΩΓΕΣ MEDICATIONS

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

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ MEDICAL ALLERGIES

☐ Δεν υπάρχουν γνωστές αλλεργίες (No Known Allergies) ☐ Πενικιλίνη (Penicillin) ☐ Ασπιρίνη (ASA) ☐ Σουλφαμίδη (Sulpha) ☐ Κωδεΐνη (Codeine)

Άλλο (Other) _____

ΙΔΙΑΙΤΕΡΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ SPECIAL CONSIDERATIONS

Μεταδοτικές λοιμώξεις/ νόσοι (Communicable Infection / Disease) _____

Άλλο (Other) _____

Νοσοκομειακή ασφάλιση (Hospital affiliation) _____ → ☐ Εκτενές ιστορικό (Extensive history)

☐ Ειδικότητα (Αιμοκάθαρση, νευρολογία, κ.λπ.) (Specialty (dialysis, neuro, etc.)) _____

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ / ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ MOBILITY / SENSORY

☐ Τεχνητές οδοντοστοιχίες (Dentures) ☐ Όραση (βλάβη/ γυαλιά/ τύφλωση) (Visual (impairment / glasses / blind)) ☐ Ακοή (βλάβη/ ακουστικό βαρηκοΐας/ κώφωση) (Hearing (impairment / aid / deaf))

☐ Κινητικά προβλήματα (μπαਸτούνι/ αναπηρικό καροτσάκι/ περιπατητήρας/ μηχανοκίνητο ποδήλατο/ προσθετικό μέλος) (Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΟΙΚΪΔΙΩΝ PET CARE CONTACTS

Επαφή 1 (Contact 1) _____ Τηλέφωνο (_____) _____ - _____ (Phone)

Επαφή 2 (Contact 2) _____ Τηλέφωνο (_____) _____ - _____ (Phone)

Κατάλογος κατοικίδιων και οδηγίες φροντίδας κατοικίδιων (List of pets and pet care instructions) _____

Συμπληρώθηκε από _____ Ημερομηνία _____ / _____ / _____
(Completed by) (Date) ημέρα (day) μήνα (month) έτος (year)