



KARTA INFORMACYJNA W NAGŁYCH PRZYPADKACH DZWOŃ 911

Polish

INFORMACJE KONTAKTOWE CONTACT INFORMATION

Imię _____ **Nazwisko** _____
(First Name) (Last Name)

Adres _____ **Numer mieszkania** _____
(Address) (Apartment Number)

Miejscowość _____ **Kod pocztowy** _____
(City) (Postal Code)

Główny numer telefonu _____ **Alternatywny numer telefonu** _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Karta ubezpieczenia zdrowotnego _____ **Data Urodzenia** _____ / _____ / _____
(Health Card) (Birth Date) dzień (day) miesiąc (month) rok (year)

Główny(e) język(i) _____ **Płeć** ☐ M ☐ K
(Primary Language) (Gender) (M) (F)

☐ **Deklaracja dot. reanimacji i leczenia** → **W aktach u** _____
(Advanced Care Directive) (On file with)

Osoba kontaktowa Nr 1 _____
(Emergency Contact 1)

Główny numer telefonu _____ **Alternatywny numer telefonu** _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Osoba kontaktowa Nr 2 _____
(Emergency Contact 2)

Główny numer telefonu _____ **Alternatywny numer telefonu** _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Lekarz pierwszego kontaktu _____
(Primary Care Provider)

Telefon () _____
(Phone)

HISTORIA ISTOTNYCH CHOROŚĆ RELEVANT MEDICAL HISTORY

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Kardiologiczne (dusznica, atak serca, pomost, rozrusznik)
(Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker)) | ☐ Cukrzycowe (zależne / niezależne od insuliny)
(Diabetic (insulin / non insulin dependant)) | ☐ Rak
(Cancer) |
| ☐ Udar mózgu/Przejściowy atak niedokrwienności
(Stroke/TIA) | ☐ Nadciśnienie (wysokie ciśnienie)
(Hypertension (high blood pressure)) | ☐ Choroba Alzheimer
(Alzheimer) |
| ☐ Przewlekła obturacyjna choroba płuc (rozedma, zapalenie oskrzeli)
(COPD (emphysema, bronchitis)) | ☐ Napady (drgawki)
(Seizure (convulsions)) | ☐ Demencja
(Dementia) |
| ☐ Zastoinowa niewydolność serca
(Congestive heart failure) | ☐ Astma
(Asthma) | ☐ Psychiatryczne
(Psychiatric) |

Inne _____
(Other)

LEKI MEDICATIONS

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

ALERGIE NA LEKI MEDICAL ALLERGIES

☐ **Brak alergii, o których mi wiadomo** (No Known Allergies) ☐ **Penicylina** (Penicillin) ☐ **Kwas acetylosalicylowy** (aspiryna) (ASA) ☐ **Sulfonamid** (Sulpha) ☐ **Kodeina** (Codeine)

Inne _____
(Other)

SPECJALNE PRZYPADKI SPECIAL CONSIDERATIONS

Infekcje /choroby zakaźne _____
(Communicable Infection / Disease)

Inne _____
(Other)

Przynależność do szpitala _____ ➔ ☐ **Historia choroby**
(Hospital affiliation) (Extensive history)

☐ **Szczególnie** (dializy, neurologia, itp.) _____
(Specialty (dialysis, neuro, etc.))

MOBILNOŚĆ / ORGANY ZMYŚŁU MOBILITY / SENSORY

☐ **Protezy** (Dentures) ☐ **Wzrokowe** (niesprawność / okulary / osoba niewidoma) (Visual (impairment / glasses / blind)) ☐ **Słuchowe** (niesprawność / aparat / osoba niesłysząca) (Hearing (impairment / aid / deaf))

☐ **Problemy z poruszaniem się** (laska / wózek / zmotoryzowany skuter / proteza)
(Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))

OSOBY KONTAKTOWE – OPIEKA NAD ZWIERZĘTAMI PET CARE CONTACTS

Osoba kontaktowa Nr 1 _____ **Telefon** (_____) _____ - _____
(Contact 1) (Phone)

Osoba kontaktowa Nr 2 _____ **Telefon** (_____) _____ - _____
(Contact 1) (Phone)

Lista zwierząt i instrukcji dot. opieki nad zwierzętami _____
(List of pets and pet care instructions)

Wypełniono przez _____ **Data** _____ / _____ / _____
(Completed by) (Date) **dzień** (day) **miesiąc** (month) **rok** (year)