



INFORMÁCIÓS LAP VÉSZHELYZETBEN HÍVJA A 911-ET

Hungarian

ELÉRHETŐSÉGEK CONTACT INFORMATION

Keresztnév _____ Vezetéknév _____
(First Name) (Last Name)

Utca _____ Házszám _____
(Address) (Apartment Number)

Város _____ Irányítószám _____
(City) (Postal Code)

Elsődleges telefonszám (_____) _____ - _____ Egyéb telefonszám (_____) _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Egészségügyi kártya _____ Születési idő _____
(Health Card) (Birth Date)

nap / hó / év
(day) (month) (year)

Beszélt nyelv(ek) _____ Nem ☐ Férfi ☐ Nő
(Primary Language) (Gender) (M) (F)

☐ Egészségügyi önrendelkezés
(Advanced Care Directive)

➔ Megtalálható itt: _____
(On file with)

Vészhelyzet esetén értesítendő (1) _____
(Emergency Contact 1)

Elsődleges telefonszám (_____) _____ - _____ Egyéb telefonszám (_____) _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Vészhelyzet esetén értesítendő (2) _____
(Emergency Contact 2)

Elsődleges telefonszám (_____) _____ - _____ Egyéb telefonszám (_____) _____ - _____
(Main Phone) (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: tüdőtágulás, 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
(Hospital affiliation)

→ ☐ **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
(Contact 1)

Telefon (_____) _____ - _____
(Phone)

2. elérhetőség
(Contact 2)

Telefon (_____) _____ - _____
(Phone)

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

Kitöltő:
(Completed by)

Dátum ____ / ____ / ____
(Date) **nap** **hó** **év**
(day) (month) (year)