

FÜLLE DIE KARTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUS (PATIENT ODER BETREUER)

Standpunkt - / Zeltnummer:.....
 Ereignis:.....
 Datum:.....

NIEMCY

NAME (IMIE):..... NACHNAME (NAZWISKO):.....
 LAND (KRAJ):..... GEBURTSDATUM (DATA UR.):..... GESCHLECHT: W M

Gebe deine Beschwerden an (Podaj dolegliwości)

- Schwächeanfall/Ohnmacht (Zasłabnięcie/Omdlenie)
- Erbrechen (Wymioty)
- Übelkeit (Nudności)
- Schwindel (Zawroty głowy)
- Durchfall (Biegunka)
- Atemnot/ Atembeschwerden (Duszność...)
- Herzklopfen (Kołatanie serca)
- Schmerzen im Brustkorb (Ból w klatce piersiowej)
- Trauma (Uraz)

Hast du Schmerzen? (Czy odczuwasz ból?)

- keine Schmerzen (Brak bólu)
- brennend (Piekący)
- drückend (Gniotący)
- stechend (Kłujący)
- durchdringend (Przeszywający)
- krampfend (wiederkehrend) (Skurczowy (nawracający))
- dauernd (Ciągły)

Markiere auf der Figur nebenan wo es wehtut

Allergie / Unverträglichkeit (Alergie/Uczulenia)

- gegen Schmerzen *Aspirin, Ibuprofen, Ketoprofen, Metamizol, Paracetamol, Morphium, andere* (Przeciwbólowe)
- Antibiotika (Antybiotyki)
- andere Medikamente (welche) (Inne leki)
- andere Unverträglichkeiten (Inne uczulenia)
- keine Unverträglichkeiten (Brak uczuleń)

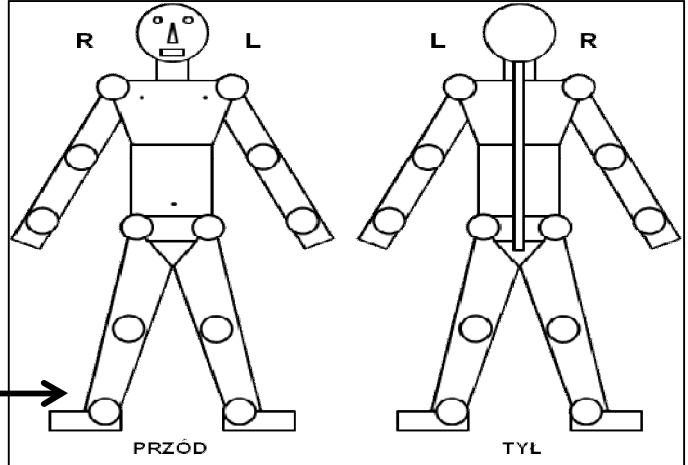
Dauernde oder gelegentliche Einnahme von Medikamenten (leki)

- Herzmedikamente (Leki na serce)
 - Blutdruck- Medikamente (Leki na nadciśnienie)
 - Diabetesmedikamente (Leki na cukrzycę)
 - Asthamedikamente/ Lungenmedikamente (Leki na astmę/choroby płuc)
 - Schmerzmedikamente (Leki przeciwbólowe)
 - Antiepileptika (Leki przeciwpadaczkowe)
 - Beruhigungsmittel (Leki uspokajające)
 - Psychopharmaka (Leki psychiatryczne)
 - Ich nehme keine Medikamente (Nie zażywam leków)
- Hast du Medikamente dabei? Falls ja, dann zeige sie.**

Wann hast du das letzte Mal etwas gegessen oder getrunken?

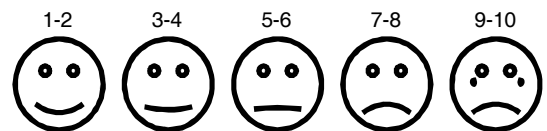
(Ostatnio spożywany posiłek lub płynny)
 Wann hast du das letzte Mal gegessen oder getrunken?
 (Kiedy ostatni raz jadłeś lub piłeś?)

 Was hast du gegessen oder getrunken? (Co jadłeś i piłeś?)



Wie sehr tut es weh? (Jak bardzo Cię Boli?)

(bewerte auf einer Skala von 1-10 oder auf Risiko)



Überwundene Krankheiten (Przebyte choroby)

- Herzkrankheit (Choroby serca)
- Herz-Kreislauf-Störung (Zaburzenia rytmu serca)
- Bluthochdruck (Nadciśnienie tętnicze)
- Asthma/chronische Lungenerkrankung (Astma/POCHP)
- Diabetes (Cukrzyca)
- Epilepsie (Padaczka)
- andere neurologische Krankheiten (Inne chor. neurologiczne)
- Tumorerkrankung (Choroba nowotworowa)
- Blutgerinnungsstörungen (Zaburz. krzep. krwi)
- Nierenkrankheit (Choroba nerek)
- Magen-Darm-Erkrankungen (Chor. przew. pokarm.)
- Ansteckende Krankheiten (Choroby zakaźne)
- Andere (Inne)

Bist du schwanger, oder ist es möglich, dass du schwanger bist? (Czy jesteś w ciąży?)

JA (TAK) NEIN (NIE)

Hast du Alkohol getrunken? (Czy piłeś alkohol?)

JA (TAK) NEIN (NIE)

Hast du Drogen/ psychoaktive Substanzen genommen? (Czy zażywałeś narkotyki/środki psychoaktywne?)

JA (TAK) NEIN (NIE)

Telefonnummer einer polnisch oder englisch sprechenden Person (mit der Vorwahl des Landes)

(+.....)