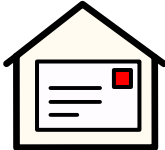


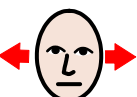
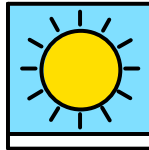
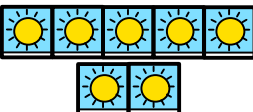
 <b>Mi az Ön neve?</b>	 <b>Telefonszáma?</b>	 <b>Lakcíme?</b>	 <b>Mikor született?</b>	 <b>Igazolványok (személyi, TAJ, lakcímkártya)</b>
 <b>Azért vagyok itt, hogy segítsék Önnek.</b>	 <b>Kérem, fekdjön le!</b>	 <b>Kérem, itt várjon!</b>	 <b>Ez nem fog fájni.</b>	 <b>Megvizsgálom a sérüléseit.</b>
 <b>Cukorbetegség</b>	 <b>Terhesség</b>	 <b>Allergiák</b>	 <b>Tudja, hogy hol van? Tudja, hogy mi történt?</b>	 <b>Fegyverek</b>
 <b>Gyógyszerek</b>	 <b>Gyógyszerek, amelyeket nem szedhet</b>	 <b>Alkoholfogyasztás</b>	 <b>Bántotta Önt valaki?</b>	 <b>Be volt kötve a biztonsági öve?</b>
 <b>Mosdó</b>	 <b>Inni</b>	 <b>Enni</b>	 <b>Fájdalomcsillapító</b>	 <b>Hozzá tartozók elérhetőségei</b>


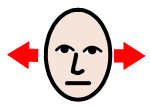
 <b>Igen</b>	 <b>Nem</b>
--	---



 <b>Fejfájás</b>	 <b>Szívproblémák</b>	 <b>Légzési problémák</b>	 <b>Hátfájás</b>	 <b>Mellkasi fájdalom</b>
 <b>Szédülés</b>	 <b>Hányás</b>	 <b>Hasmenés</b>	 <b>Láz</b>	 <b>Roham</b>
 <b>Hasfájás</b>	 <b>Láb/talp zsibbadás</b>	 <b>Kar/kéz zsibbadás</b>	 <b>Vérnyomás</b>	 <b>Eszméletvesztés</b>

 <b>Intravénás</b>	 <b>Oxigén</b>	 <b>Mentőautó</b>	 <b>Kórház</b>	 <b>Kötés</b>
---	--	--	---	--

 <b>Mennyi ideig?</b>	 <b>Percek</b>	 <b>Órák</b>	 <b>Napok</b>	 <b>Hetek</b>
---	---	--	---	---

 <b>Igen</b>	 <b>Nem</b>
--	---