Podręcznik zachowania zdrowia po opuszczeniu szpitala

Przenoszalny plan opieki zdrowotnej

NEW YORK CITY HEALTH AND HOSPITALS CORPORATION
nyc.gov/hhc

Mój ***przenoszalny plan*** opieki zdrowotnej zawiera informacje dotyczące stanu mego zdrowia. Stworzyłem ten plan, aby moi znajomi i rodzina mogli mi pomóc w przypadku jakiegokolwiek kryzysu psychicznego lub zdrowotnego.

Moje imię i nazwisko: _____

Adres: _____

Telefon: _____ Data: _____

W nagłych przypadkach, proszę dzwonić:

Imię i nazwisko: _____

Powiązanie: _____ Telefon: _____

Przyjmowane przeze mnie leki w związku ze ***zdrowiem psychicznym, fizycznym oraz piciem alkoholu/używaniem substancji odurzających***:

_____

_____

_____

Moi lekarze: _____

_____

_____

Jeśli zaczynę ***odczuwać objawy choroby lub jej nawrotu,*** proszę pomóc mi zrobić co następujące: _____

_____

_____

_____

W nagłym wypadku i jeśli potrzebne są leki uzupełniające, wolałbym:

_____

_____

_____

W nagłym wypadku, proszę NIE podawać mi następujących leków:

_____

Kilka pomocnych numerów telefonu:

Linia pomocy: (800) Lifenet (543-2638) AA Intergroup: (212) 674-1680

Gorąca linia NAMI: (212) 684-3264 Linia pomocy NA: (212) 929-6262

Samaritans Suicide Prevention Hotline (Gorąca linia Samarytanie na Rzecz Zapobiegania Samobójstwom): (212) 673-3000

Linia informacyjna do pracowników: (877) 472-8411

„Niech zdrowie będzie priorytetem w Twoim życiu".
(Robin Norwood)

NYC Health & Hospitals Corporation
Biuro Zdrowia Psychicznego

NEW YORK CITY HEALTH AND HOSPITALS CORPORATION
nyc.gov/hhc

© 2009 New York City Health and Hospitals Corporation. Wszystkie prawa zastrzeżone. Niniejszej publikacji ani żadnej jej części nie wolno powielać ani kopiować w żadnej formie bez uzyskania pisemnej zgody New York City Health and Hospitals Corporation.