

Lata
1920

ZEW CTHULHU™

ARKHAM SANITARIUM

Zbiór formularzy pomocniczych do gry Zew Cthulhu

WSPÓLNOTA MASSACHUSETTS
MINISTERSTWO ZDROWIA
STATYSTYKI DEMOGRAFICZNE
AKT ZGONU

Płeć: _____ Stan cywilny: _____
Miejsce zgonu:
 Szpital
 Ambulatorium
 Oddział szpitalny
 W czasie dojazdu do szpitala
 Inne (specjalnie?)

Data urodzenia: _____
Miejsce urodzenia: _____
Data śmierci: _____
Rodzaj wykonywanej pracy: _____
Adres korespondencyjny: _____

Dodano akt: _____
Data przyznania pozwolenia: _____
Miejsce pogrzebu (cmentarz etc.): _____
Data pogrzebu: _____

Kremacja
 Umieszczenie w Panzowie
 Ofiarowanie
 Inne _____
Licencja (nr.): _____
Licencja (nr.): _____

DRASHI KHENDUP
ERIC VOGT
TŁUMACZENIE - VOYTHAS



Podczas walki z mitycznymi siłami, Badacze Tajemnic często narażają życie

stając twarzą w twarz z przerażającymi monstrami oraz odkrywając bluźniercze sekrety prowadzące do szaleństwa. Jeśli będą kontynuować poszukiwania tą ryzykowną ścieżką, zostaną zgładzeni lub popadną w kompletny obłęd. Jednak istnieje sposób by zapobiec chorobom. Ratunkiem jest Szpital w Arkham.

Właśnie po to został stworzony ten dodatek. Zamieszczony w nim zestaw formularzy oraz dokumentów ma za zadanie stworzyć Twoją grę, Strażnika Tajemnic, znacznie bardziej realną, a co za tym idzie, okrutniejszą. Formularze te mogą służyć również jako wskazówki lub dowody z miejsca zbrodni. To jest po prostu obowiązkowa pozycja do każdej opowieści, scenariusza czy nawet kampanii.

Większość dokumentów zamieszczonych w tym dodatku nie trzeba opisywać z uwagi na nagłówek, który mówi wszystko, lecz warto je pokrótce opisać.

Formularz Zgłoszeniowy jest dla osób, które same się zgłosiły na hospitalizację, lecz tak samo dla tych, których sąd umieścił w tym szpitalu. Jednak różnica jest taka, że ochotnicy mogą wyjść, kiedy tylko zechcą.

Profil Psychologiczny to spisany przez lekarza, stan psychiczny danej osoby. **Test Rorschacha** (test plam atramentowych) może zostać dołączony do Profilu Psychologicznego, wraz z dodatkowymi notatkami na tylnej stronie. Dodatkowe karty mogą posłużyć jako wyjaśnienia itp.

Karta Pacjenta uzupełniana jest przez pielęgniarki. W zależności od choroby, każdy następny wers może być dopisany nawet co godzinę. Formularz ten często jest przyczepiany do łóżka pacjenta, lecz spotyka się przypadki, że jest przechowywany przez samą pielęgniarkę, ponieważ pacjenci często popadają w depresję po przeczytaniu takiego dokumentu.

Formularz Przeniesienia używany jest w momencie, gdy pacjent ma być zabrany do innego szpitala lub przenosi się z własnej woli.

Rachunek za usługi wysyłany jest do pacjenta po zakończeniu badań wraz z leczeniem. Szpital zarabia średnio na jednym pacjencie \$110 dolarów miesięcznie, ale dodatkowe badania są również dodatkowo płatne.

Szpitalna Papeteria używana jest do listów formalnych wysyłanych przez szpital. Natomiast papeteria z „aniołami” jest dla pacjentów piszących listy. Wesole obrazki mają za zadanie pomóc ludziom zapomnieć o powodach, dla których znalazł się w szpitalu.

Reszta dokumentów nie jest bezpośrednio związana ze Szpitalem w Arkham, lecz może być w jakiś sposób powiązana, np. odciski palców mogą być przekazane do szpitala, ponieważ pacjent popełnił przestępstwo będąc w złym stanie psychicznym; adwokaci mogą pisać listy do klientów znajdujących się obecnie w szpitalu (chcąc zająć się ich sprawą).

Instytut Larkina to mała prywatna klinika, która leczy najbogatszych ludzi w Arkham. Średnio zarabia \$220 dolarów na jednym kliencie. Ich pomieszczenia są bardzo zadbane oraz komfortowe, jednak pacjentów w poważnych stanach chorobowych wysyłają do Szpitala Publicznego w Arkham.

G. R. Feldman jest miejscowym dentystą. Już w 1920 roku można było rozpoznać ciało po zębach.

Porucznik Ray Stuckey to policyjny detektyw i Badacze Tajemnic mogą spotkać go w wielu różnych sytuacjach.

Nota od tłumacza

Witam,

Tłumaczenie to, tak naprawdę nie miało się ukazać. Przetłumaczyłem to dla siebie i tylko przypadkiem masz szansę to przeczytać. Tylko dzięki osobie o pseudonimie **harfista** zdecydowałem się to opublikować, za co mu dziękuję. Podczas tłumaczenia starałem się zachować czcionki z oryginału. Projekt okładki jest wykonany przeze mnie, również jest wzorowany na oryginalnej okładce. Sam tekst został sprawdzony przeze mnie dwa razy, ale jeśli znajdziecie jakieś błędy, proszę powiadomcie mnie o tym. To nie jest moje pierwsze tłumaczenie, ale pierwsze opublikowane. Mam zamiar opublikować jeszcze kilka tytułów. Obecnie pracuję nad „**Arkham Unveiled**” („Arkham Zdemaskowane”).

Mam nadzieję, że moja praca spodoba Ci się. Dziękuję za przeczytanie tej noty.

Pozdrawiam – VoYtHAs

e-mail kontaktowy: voythas@o2.pl

Gadu-Gadu: 1558935

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PACJENTA

Pacjenta: _____ Pokój nr.: _____

Adres zamieszkania: _____

Zawód: _____

Rasa: _____ Płeć: _____ Wiek: _____ Data Urodzin: _____ Wzrost: _____ Waga: _____

Kolor włosów: _____ Kolor Oczu: _____ Telefon: _____ Opiekun: _____

Historia obecnej choroby:

Jeśli dostępna jest opinia psychologa, proszę dołączyć kopię.

Diagnoza choroby:

Historia poprzednich chorób, urazów:

STAN PODCZAS ZGŁOSZENIA

| Ciśnienie krwi | Puls | Temperatura | Częstotliwość oddychania |
|----------------|------|-------------|--------------------------|
| | | | |

Wstępna diagnoza:

LISTA WSZYSTKICH WYKONANYCH BADAŃ*(badania krwi, prześwietlenia, etc. wraz z wynikami)***PLANOWANE LECZENIE DLA PACJENTA***(terapię, lekarstwa etc.)*

Czy zgłosił się dobrowolnie?

 Tak NieJeśli „Nie” proszę dodać dokumenty
(akta policyjne, medyczne etc.)

Psychiatra przyjmujący:

Podpis: _____ Data: _____

Lista wszystkich dodatkowych spraw przeznaczonych dla pracowników Sanitarium:

Arkham Sanitarium

PROFIL PSYCHOLOGICZNY PACJENTA

Jeśli dostępne są jakiegokolwiek notatki z rozmów, proszę je dołączyć do dokumentu.

Psychiatra: _____ Telefon: _____
Nr sprawy: _____ Data rozmowy: _____
Pacjent: _____ Nr. Pokoju: _____
Osoba odpowiedzialna: _____
Adres: _____ Telefon: _____

Widoczne objawy choroby:

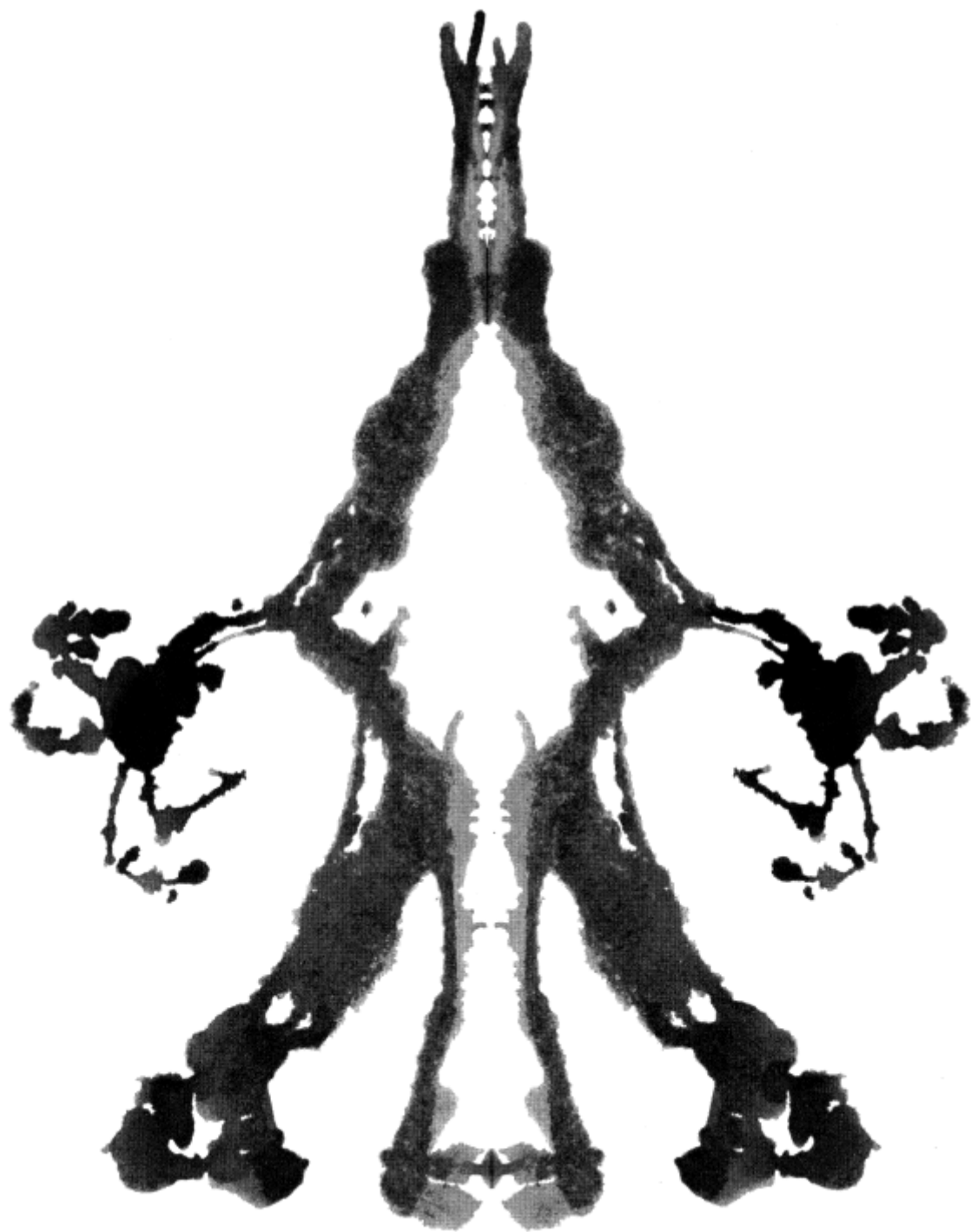
Historia pacjenta:

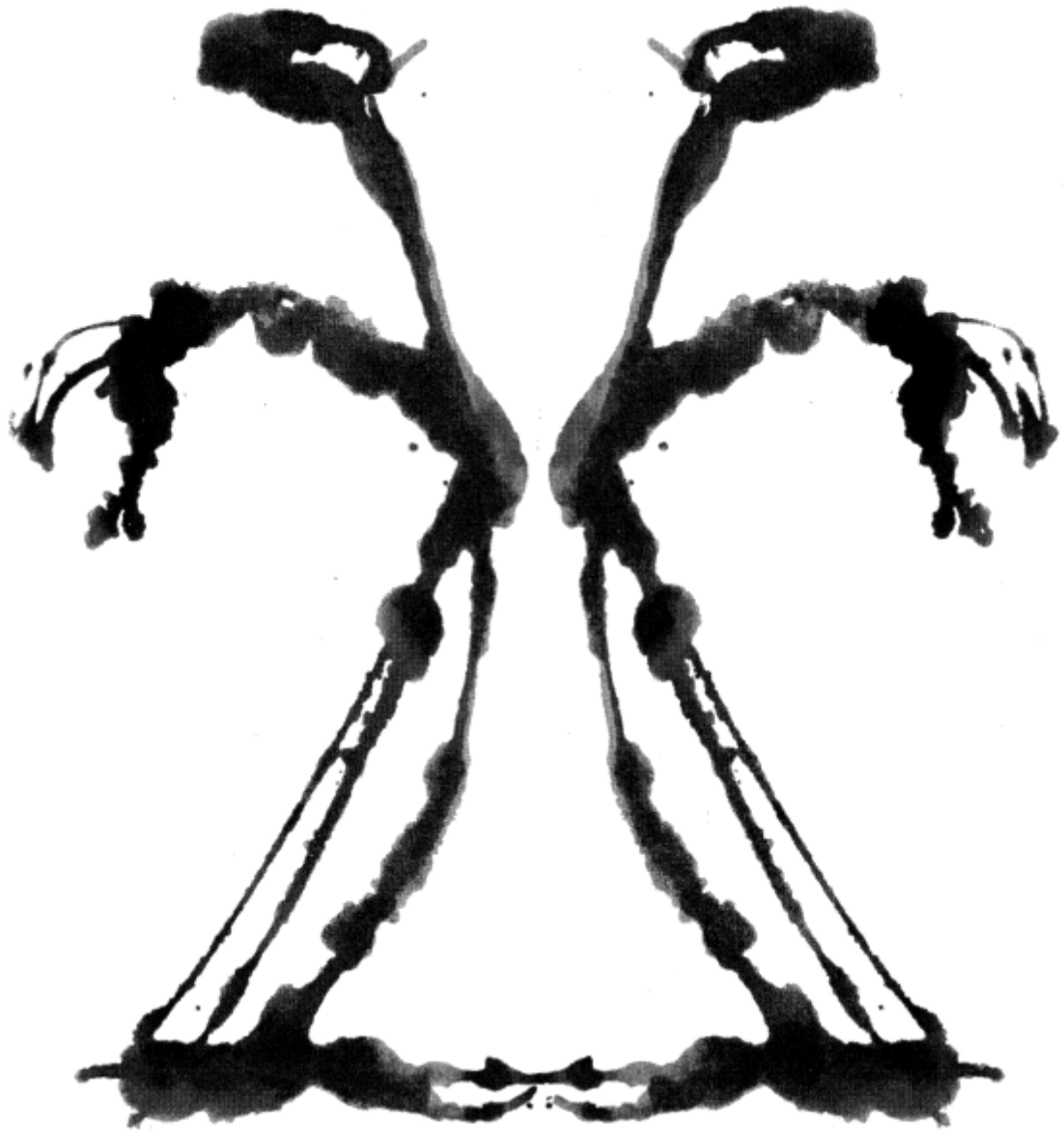
Wstępna analiza:

Zalecana terapia:

Podpis psychiatry: _____ Data: _____







FORMULARZ PRZENIESIENIA PACJENTA

Pacjent: _____ Wiek: _____ Płeć: _____ Rasa: _____ Waga: _____
 Adres: _____
 Opiekun: _____ Telefon: _____
 Adres: _____

Historia obecnej choroby:

Jeśli dostępna jest opinia psychologa, proszę dołączyć kopię.

Diagnoza choroby:

Historia poprzednich chorób, urazów:

STAN PODCZAS ZGŁOSZENIA

| Ciśnienie krwi | Puls | Temperatura | Częstotliwość oddychania |
|----------------|------|-------------|--------------------------|
| | | | |

Wstępna diagnoza:

LISTA WSZYSTKICH WYKONANYCH BADAŃ

(badania krwi, prześwietlenia, etc. wraz z wynikami)

DOTYCHCZASOWE SPOSOBY LECZENIA

(podawane leki wraz z ilością oraz okresem podawania, terapie etc.)

Stan pacjenta podczas przenoszenia:

Opiekun w trakcie transportu:

Lekarz ze szpitala obecnego:

Telefon: _____

Podpis lekarza szpitala docelowego:

Data:

Nazwa szpitala docelowego:



Arkham Sanitarium
DR. ERIC HARDSTORM

AS/S-1912f

SZEF ODDZIAŁU
225 East Derby Street
Arkham, Mass.
Telefon: 3887



Arkham Sanitarium

225 East Derby Street
Arkham, Mass.



Tylko dla pacjentów



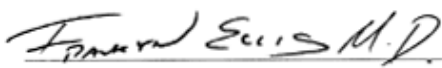
Wspólnota Massachusetts
Zaświadczenie o Niepoczytalności

Dokument ten, głosi że

został uznany za
Prawnie niepoczytalnego
przez Wspólnotę Massachusetts, dnia

na mocy którego, wyżej wymieniony, stał się Chroniony Prawnie
oraz zobowiązuje się udać do odpowiedniej
Instytucji Psychiatrycznej by otrzymać stosowne leczenie

Na okres sześciu (6) miesięcy lub więcej,
lub do czasu w którym będą oznaki poprawy stanu.



Obecny psychiatra lub lekarz



Sędzia, Sąd Rejonowy



Kierownik Instytucji



Sędzia, Sąd Miejski



Nr. Rejonowy: _____
Główny nr. Rejonowy: _____Nr. Państwowy: _____
Nr. Archiwisty: _____**AKT ZGONU**

| | | | | | |
|--|--------------------|--|--|------------------------------------|--|
| Denat: | | Płeć: | Stan cywilny: | Małżonek/Małżonka żyjący/a: | |
| Kolor skóry: | Wykształcenie: | Miejsce zgonu: <input type="checkbox"/> Szpital <input type="checkbox"/> Ambulatorium <input type="checkbox"/> Oddział szp. <input type="checkbox"/> W czasie dojazdu do szpitala <input type="checkbox"/> Inne (jakie?) _____ | | Nazwa instytucji (wraz z adresem): | |
| Adres zamieszkania denata: | | | | | |
| Wiek (od ostatnich urodzin): _____ | Data urodzenia: | Data śmierci: | Ostatnia praca denata: | | |
| Powyżej 1 roku (mies/dni): _____ | | | | | |
| Powyżej 1 roku (godz/min): _____ | Miejsce urodzenia: | Rodzaj wykonywanej pracy: | | | |
| Imię Ojca: | | Adres korespondencyjny: | | | |
| Imię Matki: | | | | | |
| Imię Informatora: | | | | | |
| Sędzia Sądu Cywilnego: | | | Dodano akt: | | |
| Podpis osoby zezwalającej na pogrzeb: | | | Data przyznania zezwolenia: | | |
| Metoda pogrzebu: <input type="checkbox"/> Pochowanie <input type="checkbox"/> Kremacja <input type="checkbox"/> Usunięcie z Państwa <input type="checkbox"/> Ofiarowanie <input type="checkbox"/> Inne _____ | | | | Miejsce pogrzebu (cmentarz etc.)” | |
| Osoba przygotowująca ciało: | | Licencja (nr.): | | | |
| Podpis osoby przygotowującej ceremonię: | | Licencja (nr.): | | Data pogrzebu: | |
| Osoba Zatwierdzająca (zaznaczyć tylko jedno): | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lekarz Korzystając z mojej wiedzy stwierdzam, że śmierć nastąpiła w czasie, miejscu, sposób oraz z przyczyny niżej wymienionej. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Koroner Po zbadaniu i/lub śledztwie uważam, że śmierć nastąpiła w czasie, miejscu, sposób oraz z przyczyny niżej wymienionej. | | | | | |
| Podpis osoby zatwierdzającej: | | Licencja (nr.): | Data podpisu: | Godzina Zgonu: | |
| Osoba która stwierdziła zgon: | | Czy zgon został potwierdzony przez koronera? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | Godzina stwierdzenia zgonu: | |
| Przyczyny śmierci (końcowa choroba lub inna bezpośrednia przyczyna): | | | Orientacyjny okres pomiędzy atakiem, a zgonem: | | |
| _____ | | | _____ | | |
| Kolejne przyczyny, jeśli związane są z bezpośrednią przyczyną. Proszę podać PODSTAWOWĄ PRZYCZYNĘ (uraz lub chorobę która zainicjowała kolejne) JAKO OSTATNIĄ. | | | | | |
| a _____ | | | | | |
| b _____ | | | | | |
| c _____ | | | | | |
| d _____ | | | | | |
| Inne zastrzeżenia (przyczyniające się do zgonu, nie wynikające z PODSTAWOWYCH PRZYCZYŃ) | | | Została przeprowadzona autopsja? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | Podczas autopsji zostały wykryte ślady potwierdzające przyczynę zgonu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| Sposób śmierci: <input type="checkbox"/> Naturalna <input type="checkbox"/> Nerozstrzygnięte śledztwo <input type="checkbox"/> Wypadek <input type="checkbox"/> Nie można określić <input type="checkbox"/> Samobójstwo <input type="checkbox"/> Zabójstwo | | Data zdarzenia: | Godzina zdarzenia: | Krótki opis zdarzenia: | |
| | | Miejsce zdarzenia: | Wypadek przy pracy? | Umiejscowienie: | |

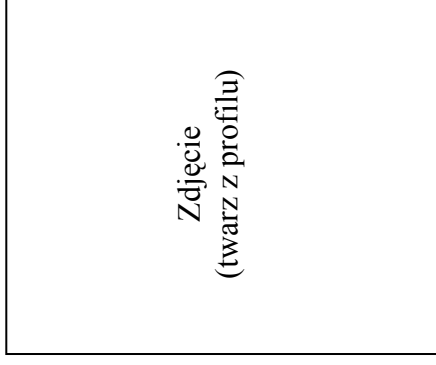
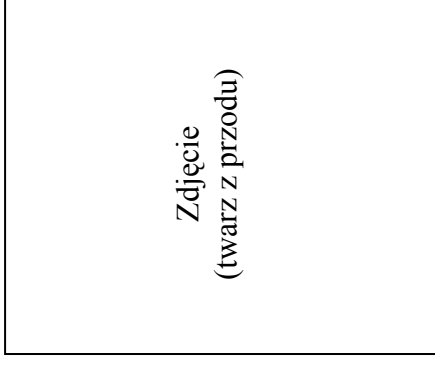
Posterunek Policji, Arkham, Massachusetts

POL-1521FP

Nazwisko: _____ Imię: _____ Drugie imię: _____
Podpis: _____ Nr. dokumentu: _____ Zarzut: _____
Miejsce zamieszkania: _____ Data urodzin: _____ Wzrost: _____ Waga: _____
Miejsce urodzin: _____ Kolor oczu: _____ Kolor włosów: _____ Pieć: _____ Kolor skóry: _____
Podpis funkcjonariusza policji: _____ Data: _____

| Pr. kciuk | Pr. wskazujący | Pr. środkowy | Pr. serdeczny | Pr. mały |
|-----------|----------------|--------------|---------------|----------|
| | | | | |

| Le. kciuk | Le. wskazujący | Le. środkowy | Le. serdeczny | Le. mały |
|-----------|----------------|--------------|---------------|----------|
| | | | | |



| Lewe cztery palce położone w tym samym momencie | Lewy kciuk | Prawy kciuk | Prawe cztery palce położone w tym samym momencie |
|---|------------|-------------|--|
| | | | |

G. R. FELDMAN, D.D.S.

DDS/PI-20

TOWER PROFESSIONAL BUILDING
350 WEST ARMITAGE STREET
ARKHAM, MASSACHUSETTS
TELEFON 3771

Pacjent: _____ Numer dokumentu: _____

Adres: _____ Telefon: _____

Kod koloru:

Planowana praca Wykonana praca

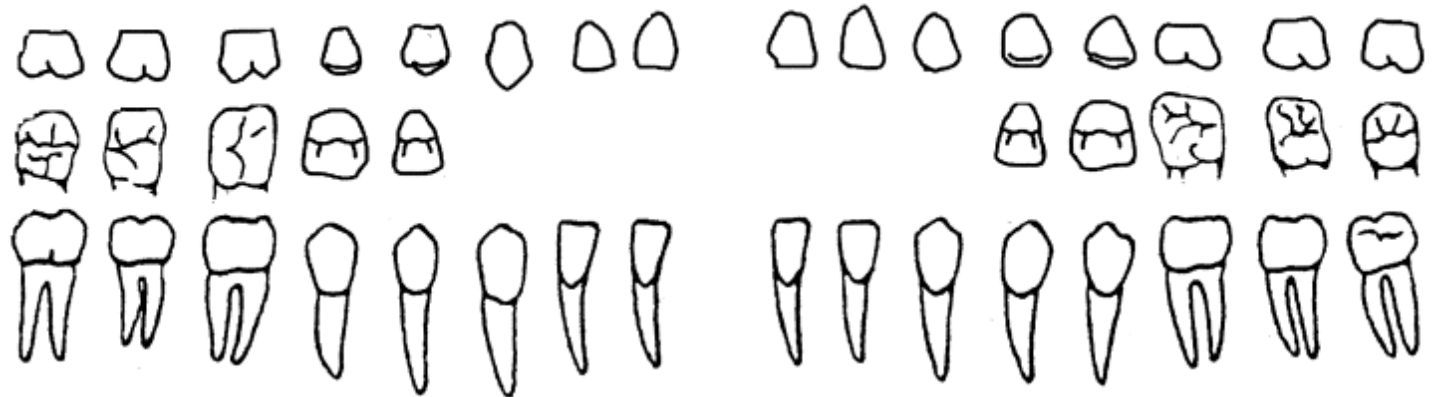
PRAWA STRONA

LEWA STRONA



GÓRA

DÓŁ



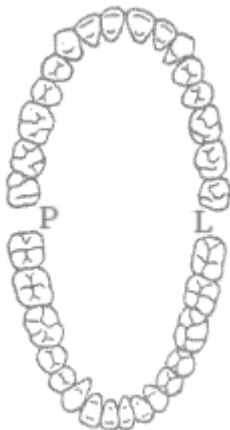
Data wykonania zabiegu: _____
Krótki opis przebiegu zabiegu: _____

Data wykonania zabiegu: _____
Krótki opis przebiegu zabiegu: _____

Data wykonania zabiegu: _____
Krótki opis przebiegu zabiegu: _____

Data wykonania zabiegu: _____
Krótki opis przebiegu zabiegu: _____

Data wykonania zabiegu: _____
Krótki opis przebiegu zabiegu: _____



INSTYTUT LARKINA

LIF-S1 21

Dr. Parker Larkin

Dyrektor Instytutu Larkina

166 East Pickman Street

Arkham, Massachusetts

Tel. 7404



Edwin Cassidy



Prawniki

Tower Professional Building, 350 West Armitage Street, Suite 4a, Arkham, Mass. Telefon 3772

Bertrand Chambers

Prawnik

589 Marsh Street, Arkham, Massachusetts

Telefon 5623



E. E. SALTONSTALL
I WSPÓLNICY

PRAWNIK

511 Gedney Street, Arkham, Mass.

Telefon 2375



Edwin Cassidy
Prawnik



Tower Professional Building,
350 West Armitage Street, Suite 4a
Arkham, Mass.
Telefon 3772



Bertrand Chambers
PRAWNIK

589 MARSH STREET, ARKHAM MASSACHUSETTS
TELEFON 5623

E. E. SALTONSTALL
I WSPÓLNICY

PRAWNIK
511 GEDNEY STREET, ARKHAM, MASS.
TELEFON 2375

INSTYTUT LARKINA

Dr. Parker Larkin
Dyrektor Instytutu Larkina

166 East Pickman Street
Arkham, Massachusetts
Telefon: 7404

Arkham Sanitarium



Dr. Eric Hardstorm
Szef oddziału

225 East Derby Street
Arkham, Mass.
Telefon 3887

Arkham Sanitarium



Dr. Bradley Harcourt
Asystent

225 East Derby Street
Arkham, Mass.
Telefon 3887

TELEFON 3771

Arkham Sanitarium



Dr. Harry Dunbar
Lekarz

225 East Derby Street
Arkham, Mass.
Telefon 3887

G. R. FELDMAN, D.D.S.

TOWER PROFESSIONAL BUILDING
350 WEST ARMITAGE STREET
ARKHAM, MASSACHUSETTS



POSTERUNEK POLICJI W ARKHAM
302 East Armitage Street
Arkham Massachusetts

Por. Ray Stuckey
Detektyw

Telefon: 3659

Dr. Ephraim Sprague

Lekarz
Inspektor Medyczny, Hrabstwo Essex

Tower Professional Building
350 West Armitage Street
Arkham Massachusetts Telefon: 3052



Arkham Sanitarium

225 East Derby Street
Arkham, Massachusetts
Telefon: 3887



Recepta na lekarstwo

Lekarz: _____ Data: _____

Dla Pacjenta: _____

Powód: _____

Data wydania lekarstwa: _____ Przez: _____

Nazwy lekarstw oraz ich ilość

Podpis Lekarza: _____ Nr. Licencji: _____