

APPLICATION TO REGISTER PERMANENTLY WITH A GENERAL MEDICAL PRACTICE

Formularz stałej rejestracji z przychodnią lekarską.

1. DANE OSOBOWE

(wszystkie pola oznaczone gwiazdką * muszą być wypełnione zgodnie z prawdą)

Mężczyzna* Kobieta* Czy po raz pierwszy rejestrujesz się w Przychodni Lekarza Pierwszego Kontakt w Wielkiej Brytanii? * Tak Nie Czy będziesz w regionie dłużej niż 3 miesiące? * Tak Nie
(Jeżeli 'Nie' to proszę poprosić o formularz GMSTRF001)

Data urodzenia *

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

Nazwisko *

Pierwsze imię *

Nazwisko panięskie *

Email

Poniższe informacje możesz znaleźć na obecnej karcie medycznej:

Community Health Index (CHI) Numer *

Poniższe informacje możesz znaleźć na obecnej karcie medycznej:

Miejsce urodzenia *

Miejsce, gdzie zarejestrowano Pana/i urodzenie, tylko w przypadku Szkocji

Dane zawarte w tych polach nie będą wprowadzone do lub uaktualnione w Community Health Index - CHI, jednak będą przechowywane w systemie informacyjnym przychodni lekarskiej.

2. POMÓŻ NAM ZNALEŹĆ PANA/I DANE MEDYCZNE U TWOJEGO WCZEŚNIEJSZEGO LEKARZA PIERWSZEGO KONTAKTU (GP) PODAJĄC NASTĘPUJĄCE INFORMACJE

Adres zamieszkania w Wielkiej Brytanii, kiedy był/a Pan/i ostatnio zarejestrowany/a u lekarza pierwszego kontaktu *

Kod pocztowy*

Nazwa oraz adres poprzedniej przychodni w Wielkiej Brytanii, w której był Pan/Pani zarejestrowany/a*

Kod pocztowy*

Jeżeli pochodzisz z zagranicy:

Data kiedy po raz pierwszy przyjechał/a Pan/i do Wielkiej Brytanii, oraz data powrotu*

Jeżeli był/a Pan/i wcześniejszym rezydentem w Wielkiej Brytanii, data wyjazdu*

Pana/i ostatni kraj zamieszkania

Jeżeli służył/a Pan/i w British Armed Forces:

Data poboru *

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

Czy jest Pan/i Reservist? *

Tak Nie

Numer identyfikacyjny

Jeżeli tak, proszę podać Pana/i adres zamieszkania przed poborem

Data zwolnienia *

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

Czy jest to Twoja pierwsza rejestracja u lekarza pierwszego kontaktu od opuszczenia Armed Forces? *

Tak Nie

Kod pocztowy*

--	--	--	--	--	--	--	--

3. DOBROWOLNE DAWSTWO ORGANÓW

Chciałbym przystąpić do NHS Organ Donor Register (Rejestru Dawców Organów NHS) jako osoba, której organy mogą być pobrane do transplantacji po mojej śmierci. Proszę zaznaczyć odpowiednie kratki. Pana/i zgoda na pobranie organów będzie udostępniona NHS Blood and Transplant (NHS Krew i Transplantacja) w raz z informacjami, które podał/a Pan/i w Sekcji razem z Pana/i imieniem, płcią, datą urodzenia, adresem oraz numerem CHI. W celu uzyskania więcej informacji o zostaniu dawcą organów lub o poufności, proszę poprosić o broszurę na temat przystąpienia do NHS Organ Donor Register lub odwiedzić stronę internetową www.organdonation.nhs.uk

Jakichkolwiek z moich organów lub tkanek Lub moje

Nerki Oczy Serce Płuca Wątroba Trzustka Jelito cienkie Tkanki

Podpis pacjenta

Data

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

4. JAK WYKORZYSTAMY PANA/I INFORMACJE

Informacje, które Pan/i podał/a będą użyte przez Przychodnię Lekarza Pierwszego Kontakt (GP), aby móc pełnić różnego rodzaju funkcje oraz usługi wliczając w to umawianie na wizyty, zamawianie testów, skierowania do szpitala oraz wysyłanie korespondencji. Pana/i informacje włączając w to Twoje imię, płeć, datę urodzenia oraz adres będą przekazane do NHS National Services Scotland, gdzie będą przetrzymywane w Community Health Index (CHI). Informacje te użyte będą do zarejestrowania Pana/i w Przychodni Lekarza Pierwszego Kontakt, przeniesienia Pana/i dokumentacji medycznej między przychodniami w Wielkiej Brytanii, robienia wpłat do Przychodni Lekarza Pierwszego Kontakt za świadczone usługi medyczne oraz do przetwarzania i wystawiania kart medycznych, zaświadczeń lekarskich oraz 'kart uprawniających'. NHS National Services Scotland udostępni informacje NHS Scotland, aby asystować w zapewnianiu i poprawianiu usług świadczonych w ramach NHS oraz zdrowia publicznego. Przy tym, upewniamy się, że informacje, które identyfikują Pana/ią jako konkretną osobę oraz Pana/i informacje zdrowotne są przechowywane osobno i są anonimowe. Informacje o stanie zdrowotnym oraz o zabiegach, które mogłyby pomóc w zidentyfikowaniu Pana/i nie będą używane w celach badawczych przez NHS chyba, że wyraził/a Pan/i na to zgodę. W celu uzyskania więcej informacji o tym jak NHS National Services Scotland używa dane osobowe proszę odwiedzić stronę www.nhsns.org. Jeżeli ma Pan/i jakiegokolwiek zapytania lub wątpliwości odnośnie tego jak Pana/i dane osobowe są używane przez NHS proszę poprosić o broszurę 'Confidentiality – it's your right', odwiedzić stronę internetową Health Rights Information Scotland na www.hris.org.uk lub spytać w Przychodni Lekarza Pierwszego Kontakt. NHS National Services Scotland jest powszechną nazwą Common Services Agency for the Scottish Health Service.

5. DEKLARACJA PACJENTA

Zaświadczam, że podane przeze mnie informacje są poprawne i kompletne. Rozumiem, że jeżeli tak nie jest, podjęte mogą zostać odpowiednie działania. Aby umożliwić NHS National Services Scotland potwierdzenie mojego uprawnienia do pełnoprawnego zarejestrowania się z Lekarzem Pierwszego Kontakt (GP) oraz dla celów zapobiegawczych, wykrywania oraz dochodzenia przestępstw odpowiednie informacje mogą być ujawnione NHS Business Services Authority, NHS National Services Scotland, Home Office, Identity and Passport Service, HM Revenue and Customs, General Register Office oraz Local Authorities.

Podpis pacjenta
lub przedstawiciela

Data

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

Imię I nazwisko przedstawiciela
(jeżeli dotyczy)

Pana/Pani związek z pacjentem
(jeżeli dotyczy)

6. DO UŻYCIA W PRACTICE FOR PRACTICE USE

Numer identyfikacyjny przychodni lekarskiej

GP reference number

Nazwa przychodni lekarskiej

GP name

Kod Practice (Kod przychodni lekarskiej)

Practice code

Mileage (No.)

Mileage (No.)

Ulica

Road

Woda

Water

Ścieżka dla pieszych

Footpath

Zweryfikowano dokument potwierdzający tożsamość- nie należy kopiować lub zatrzymywać kserokopii

Identification seen - do not take or retain photocopies

Należy wpisać inicjały w odpowiednie pole (zaleca się zweryfikowanie co najmniej jednego dokumentu potwierdzającego tożsamość, aby zidentyfikować osobę rejestrującą się)

Please initial each relevant box (it is recommended that at least one form of identification is seen to positively identify the applicant)

Akt urodzenia

Birth Cert

Legitymacja studencka

Student ID Card

Prawo jazdy

Driving Licence

Paszport lub zaświadczenie HC2

Passport or HC2 Cert.

Home Office App Reg Card

Inne/ Brak- proszę podać

Other/None - Specify

Inicjały recepcjonisty

Receptionist Initials

Przyjmuję tego pacjenta na listę practice oraz zaświadczam, że według mojej najlepszej wiedzy, informacje podane są prawidłowe. Powiadomiłem/am, że dane mogą być zweryfikowane z odpowiednią dokumentacją oraz, że płatności wygenerowane na podstawie tej rejestracji pacjenta będą podlegać Weryfikacji Płatności.

I accept this patient onto the practice list and declare that, to the best of my knowledge, this information is correct. I acknowledge that the details may be authenticated from appropriate records, and that payments generated from this patient registration will be subject to Payment Verification.

Podpis upoważnionej Practice

Authorised Practice Signature

Data

Date

7. OFFICIAL USE ONLY

Input by

Checked by

Date

Practice Stamp