

**APPLICATION TO REGISTER PERMANENTLY WITH A GENERAL MEDICAL PRACTICE
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОСТОЯННУЮ РЕГИСТРАЦИЮ В ПОЛИКЛИНИКЕ**

1. ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

(ВСЕ ПОЛЯ ОТМЕЧЕННЫЕ * ЯВЛЯЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ И ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗАПОЛНЕНЫ КАК МОЖНО ПОДРОБНЕЕ)

МУЖСКОЙ* ЖЕНСКИЙ* Это ваша первая регистрация в поликлинике Великобритании с врачом общей практики?* ДА НЕТ БУДЕТЕ ЛИ ВЫ НАХОДИТЬСЯ ЗДЕСЬ НА ПРОТЯЖЕНИИ БОЛЕЕ, ЧЕМ ТРИ МЕСЯЦА?*

(Если вы ответили "нет", попросите заполнить форму GMSTRF001)

ДАТА РОЖДЕНИЯ *

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

ФАМИЛИЯ *

ИМЯ *

ПРЕДЫДУЩИЕ ФАМИЛИИ *

АДРЕС *

ИНДЕКС *

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

НОМЕР ТЕЛЕФОНА #

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

НОМЕР МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА #

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

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

В вашей настоящей медицинской карте можно найти следующую информацию:

Community Health Index (CHI) ТЕЛЕФОНА *

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

NHS ТЕЛЕФОНА *

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

В вашей настоящей медицинской карте можно найти следующую информацию:

Место рождения (город) *

Место рождения (страна) *

Место регистрации (только для Шотландии)

ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ МАТЕРИ

Информация, представленная в этой части анкеты, не будет внесена или дополнена в Community Health Index (CHI), а будет только находиться в распоряжении врача общей практики (GP) поликлиники

2. ПРЕДОСТАВИВ НАМ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ, ВЫ ПОМОЖЕТЕ НАМ ОТСЛЕДИТЬ ВСЕ ВАШИ ПРЕДЫДУЩИЕ РЕГИСТРАЦИИ С ДРУГИМИ ПОЛИКЛИНИКАМИ

ВАШ АДРЕС В ВЕЛИКОБРИТАНИИ, ПО КОТОРОМУ ВЫ ПОСЛЕДНИЙ РАЗ БЫЛИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ В ПОЛИКЛИНИКЕ * ВЕЛИКОБРИТАНИИ *

ИНДЕКС *

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

НАЗВАНИЕ И АДРЕС ПОЛИКЛИНИКИ, В КОТОРОЙ ВЫ БЫЛИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ РАНЕЕ НА ТЕРРИТОРИИ

ИНДЕКС *

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

ЕСЛИ ВЫ ПРИЕХАЛИ ИЗ ДРУГОЙ СТРАНЫ:

ДАТА ВАШЕГО ПРИЕЗДА НА ПОСТОЯННОЕ

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

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА В ВЕЛИКОБРИТАНИЮ *

ЕСЛИ ВЫ ДО ЭТОГО ПРОЖИВАЛИ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ, УКАЖИТЕ ДАТУ ВАШЕГО ОТЪЕЗДА *

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

ВАША ПОСЛЕДНЯЯ СТРАНА ПРОЖИВАНИЯ

ЕСЛИ ВЫ СЛУЖИЛИ В BRITISH ARMED FORCES:

ДАТА ВАШЕГО ПОСТУПЛЕНИЯ
НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ*

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

ДАТА ВАШЕГО УВОЛНЕНИЯ С
ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ*

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

ЭТО ВАША ПЕРВАЯ РЕГИСТРАЦИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ С
ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПОСЛЕ ТОГО, КАК ВЫ
ОСТАВИЛИ СЛУЖБУ
В ARMED FORCES? * ДА НЕТ

ВЫ RESERVIST? *

ДА НЕТ

ЛИЧНЫЙ НОМЕР
ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ "ДА", УКАЖИТЕ АДРЕС ВАШЕГО
ПРОЖИВАНИЯ ДО ПОСТУПЛЕНИЯ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ *

ИНДЕКС *

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

3. ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ДОНОРСТВО ОРГАНА

Я хочу вступить в ряды NHS Organ Donor Register (Донорской организации NHS), чтобы мои органы после смерти могли быть использованы при трансплантации. Пожалуйста, поставьте галочку, если это к вам относится. NHS Blood and Transplant (организация NHS по переливанию крови и пересадке органов) получит уведомление о вашем согласии на донорство органа вместе с той информацией, которую вы указали в разделе 1 и которая включает вашу ФИО, пол, дату рождения, адрес, CHI номер. Для того, чтобы получить более подробную информацию о том, как стать донором для пересадки органов, и по вопросам конфиденциальности, попросите выслать вам буклет, объясняющий, как вступить в ряды NHS Organ Donor Register, или же зайдите на вебсайт www.organdonation.nhs.uk.

любой из моих органов или тканей ИЛИ мои

Почки Глаза Сердце Легкие Печень Поджелудочную Железу Тонкую Кишку Ткани

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА _____

ДАТА

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

4. КАК МЫ ИСПОЛЬЗУЕМ ПОЛУЧЕННУЮ О ВАС ИНФОРМАЦИЮ

Информация, которую вы предоставили, поликлиника будет использовать при проведении различных мероприятий по вашему медицинскому обслуживанию, включающих запись на прием к врачу, на анализы, направления в больницу и отправку почтовой корреспонденции. Информация о вас, включающая ФИО, пол, дату рождения и адрес, будет передана NHS National Services Scotland, где она будет храниться в Community Health Index (CHI). Эта информация обычно используется для регистрации в поликлинике с врачом общей практики, для передачи вашей медицинской карты из одной поликлиники в другую в Великобритании в случае вашего перевода, для оплаты предоставляемых поликлиникой услуг, а также для оформления и выдачи медицинских книжек, медицинских свидетельств об освобождении от оплаты за медицинское обслуживание и идентификационных карт. С целью помощи в обеспечении и улучшении медицинского обслуживания, предоставляемого NHS, а также поддержания здоровья граждан, NHS National Services Scotland осуществляет обмен информацией о вас с NHS Scotland. Когда мы обмениваемся информацией, мы следим за тем, чтобы сведения, которые позволяют установить вашу личность, не указывались бы вместе с информацией о состоянии вашего здоровья, или же делались анонимными. Информация о состоянии вашего здоровья и информация по лечению, которая может идентифицировать вас, не будет использоваться NHS для проведения научных исследований, за исключением тех случаев, когда вы дали на это свое согласие. За получением более подробной информации о том, как NHS National Services Scotland работает с вашими персональными данными, зайдите на вебсайт www.nhsns.org. Если у вас возникли вопросы или беспокойства по поводу того, как ваши персональные данные используются в системе NHS, попросите выслать вам буклет 'Confidentiality – it's your right', зайдите на вебсайт Health Rights Information Scotland - www.hris.org.uk, или спросите об этом в своей поликлинике. NHS National Services Scotland – это наиболее распространенное и широкоупотребительное название для Common Services Agency for the Scottish Health Service.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ПАЦИЕНТА

Я официально заявляю, что информация, предоставленная мною в анкете, является достоверной и полной. Я отдаю себе отчет в том, что в противном случае, соответствующие санкции могут быть предприняты против меня. Для того, чтобы организация NHS National Services Scotland могла подтвердить мое право, предусмотренное законодательством, на регистрацию в поликлинике с врачом общей практики, а также в целях предотвращения, обнаружения или проведения расследования преступлений, я даю свое согласие на предоставление соответствующей информации, находящейся в анкете, следующим организациям: NHS Business Services Authority, NHS National Services Scotland, Home Office, Identity and Passport Service, HM Revenue and Customs, General Register Office и Local Authorities.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ
ЕГО ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА _____

ДАТА

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

ФИО доверенного лица
(укажите, если необходимо)

Кем приходитеесь пациенту
(укажите, если необходимо)

6. ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В PRACTICE FOR PRACTICE USE

Регистрационный номер GP

GP reference number

Название GP

GP name

Свод норм и правил в (Код) Practice

Practice code

Mileage (No.)

Mileage (No.)

Дорога

Road

Вода

Water

Тротуар

Footpath

Показать удостоверение личности – ксерокопии не приносить и не оставлять Identification seen - do not take or retain photocopies

Поставьте свои инициалы в каждой, имеющей к вам отношение, клетке анкеты (для достоверного опознания личности заявителя желательно предоставить, по крайней мере, один документ, удостоверяющий его личность)

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

Свидетельство

о рождении

Birth Cert

Студенческий билет

Student ID Card

Водительское

удостоверение

Driving Licence

Паспорт или Сертификат HC2

Passport or HC2 Cert.

Home Office App Reg Card

Прочее/Не обнаружено – уточните

Other/None - Specify

Подпись секретаря в
регистратуре

Receptionist Initials

Я принимаю этого пациента в число зарегистрировавшихся с нашей поликлиникой и заявляю, что, насколько мне известно, информация является точной и полной. Я подтверждаю, что подлинность любой информации может быть проверена по соответствующим картотекам, и что оплата, произведенная в связи с регистрацией этого пациента будет предметом Верификации Оплаты.

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.

Санкционированная

подпись Practice

Authorised Practice Signature

ДАТА

Date

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

7. OFFICIAL USE ONLY

Input by

Checked by

Date

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

Practice Stamp