

**Rejestracja u lekarza rodzinnego praktykującego w ramach NHS – proszę wypełnić obydwie strony formularza**

**Dane Pacjenta**

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami i wstawić znak  w odpowiednich kratkach

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>Nazwisko</b>                             |   | <b>Imię</b>                                 |   |
| <b>Poprzednio używane nazwisko (rodowe)</b> |   | <b>Data urodzenia</b>                       |   |
| <input type="checkbox"/> Pan                | <input type="checkbox"/> Pani (mężatka) | <input type="checkbox"/> Panna (niezamężna) | <input type="checkbox"/> Pani (nie chcę ujawniać) |
|   |   | <input type="checkbox"/> Mężczyzna          | <input type="checkbox"/> Kobieta                  |
| <b>Miejsce i kraj urodzenia:</b>            |   | <b>Nr telefonu:</b>                         |   |
|   |   | <b>Adres email:</b>                         |   |

**Adres domowy wraz z kodem pocztowym**

**Prosimy o podanie poniższych informacji – w ten sposób pomożesz nam ustalić przebieg Twojego leczenia:**

Twój poprzedni adres w Wielkiej Brytanii.....  
 Lekarz pierwszego kontaktu, u którego byłeś zarejestrowany przebywając pod tym adresem.....  
 Adres poprzedniego lekarza pierwszego kontaktu (GP).....

**Jeśli jesteś obcokrajowcem**

Pierwszy adres w Wielkiej Brytanii, pod którym zostałeś zarejestrowany u lekarza .....

Jeśli mieszkałeś wcześniej w Wielkiej Brytanii, kiedy opuściłeś kraj?..... Data przybycia do Wielkiej Brytanii po raz pierwszy .....

**Jeśli wracasz do kraju po odbyciu służby wojskowej (Armed Forces)**

Adres zamieszkania przed wstąpieniem do Armii.....

Numer osobisty lub numer oddziału..... Data wcielenia do Armii.....

**Jeśli pragniesz zarejestrować dziecko poniżej 5. roku życia**

Chcę zarejestrować dziecko u lekarza działającego w ramach Child Health Surveillance

**WYPEŁNIA LEKARZ**

|                                |  |               |
|--------------------------------|--|---------------|
| <b>IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA</b> |  | <b>Kod HA</b> |
|--------------------------------|--|---------------|

- Przyjmuję podanie pacjenta o korzystanie z ogólnych usług medycznych
  - Tylko usługi medyczne w zakresie antykoncepcji
  - Przyjmuję podanie pacjenta o korzystanie z ogólnych usług medycznych w imieniu lekarza wspomnianego poniżej, który jest pracownikiem naszej przychodni
- Imię i nazwisko lekarza, jeśli inne niż powyżej** ..... **Kod HA**.....
- Jestem zarejestrowany w ramach HA CHS i zapewnię pomoc medyczną pacjentowi w zakresie Child Health Surveillance LUB
  - Przyjmuję podanie pacjenta o korzystanie z ogólnych usług medycznych w imieniu lekarza wspomnianego poniżej, który jest pracownikiem naszej przychodni, jest zarejestrowany w ramach HA CHS i zapewni pomoc medyczną w zakresie Child Health Surveillance
- Imię i nazwisko lekarza, jeśli inne niż powyżej** ..... **Kod HA** .....
- Będę wydawać lekarstwa i inne sprzęty medyczne ściśle według zaleceń upoważnionego do tego personelu medycznego
  - W przypadku tego pacjenta otrzymuję dodatek za pracę w terenie wiejskim. Odległość od domu pacjenta do mojego głównego gabinetu wynosi:

Oświadczam, że o ile mi wiadomo, powyższe informacje są prawdziwe w związku z czym pobieram odpowiednie opłaty za usługi określone w cenniku (Statement of Fees and Allowances). W przychodni dostępne są wyniki audytu przeprowadzonego przez autoryzowanych pracowników HA oraz innych audytorów nominowanych przez Audit Commission.

|                        |  |              |
|------------------------|--|--------------|
| <b>PODPIS LEKARZA:</b> |  | <b>DATA:</b> |
|------------------------|--|--------------|

**OGÓLNE**

JĘZYK OJCZYSTY

Alergie i uczulenia

Proszę wypisać wszystkie przyjmowane obecnie leki lub zabiegi medyczne, z których korzystasz:

**Czy palisz papierosy?**Tak Nie Rzuciłem/am  
Kiedy rzuciłeś/aś  
palenie?Jeśli nadal palisz, ile  
papierosów dziennie?**KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY SPOŻYCIA ALKOHOLU (wstaw krzyżyk)**Jak często zdarza Ci się wypić  
8(mężczyźni)/6(kobiety) lub więcej jednostek  
alkoholu przy jednej okazji?

Nigdy

Rzadziej niż  
raz w miesiącuRaz w  
miesiącuRaz w  
tygodniuCodziennie  
lub prawie  
codziennie**Odpowiedz na następujące pytania, jeśli odpowiedziałeś „rzadziej niż raz w miesiącu” i częściej**Ile razy w ciągu ostatniego roku zdarzyło Ci się  
nie pamiętać, co wydarzyło się poprzedniego  
wieczoru gdy spożywałeś alkohol?

Nigdy

Rzadziej niż  
raz w miesiącuRaz w  
miesiącuRaz w  
tygodniuCodziennie  
lub prawie  
codziennieIle razy w ciągu ostatniego roku zdarzyło Ci się  
nie wywiązać ze swoich zobowiązań z powodu  
picia alkoholu?

Nigdy

Rzadziej niż  
raz w miesiącuRaz w  
miesiącuRaz w  
tygodniuCodziennie  
lub prawie  
codziennieCzy członek rodziny/przyjaciel/lekarz/doradca  
zdrowotny był zaniepokojony lub sugerował  
zmniejszenie ilości wypijanego przez Ciebie  
alkoholu?

Nie

Tak, ale nie w  
ciągu  
ostatniego  
rokuTak, w  
ciągu  
ostatniego  
roku**Rejestracja w NHS Organ Donor Register** Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w rejestrze dawców organów, w związku z czym wyrażam zgodę na pobranie moich organów do transplantacji po mojej śmierci. Proszę zaznaczyć odpowiednie kratki. Nerki  Serce  Wątroba  Rogówka oka  Płuca  Trzustka  Którakolwiek część ciała**Podpis potwierdzający zgodę na pobranie organów do przeszczepu** .....

Więcej informacji znajdziesz w ulotce wydanej przez NHS Organ Donor Register

**Rejestracja w NHS Blood Donor Register (honorowe krwiodawstwo)**

Wyrażam zgodę na zarejestrowanie mnie w NHS Blood Donor Register i oświadczam, że wyrażam zgodę na kontakt ze mną w razie potrzeby w celu pobrania krwi.

Zaznacz kratkę, jeśli oddawałeś/aś krew w ciągu ostatnich 3 lat **Podpis potwierdzający zgodę na umieszczenie w rejestrze honorowych dawców krwi****Data** .....Poprosz o ulotkę na temat bycia członkiem NHS Blood Donor Register**Kwestionariusz dotyczący pochodzenia etnicznego** Proszę wskazać, jakie jest Twoje pochodzenie etniczne. Podanie tej informacji nie jest obowiązkowe, aczkolwiek może być bardzo pomocne w rozpoznaniu niektórych schorzeń, które częściej występują w określonych grupach etnicznych. Wiedza o Twoim pochodzeniu może nam pomóc we wczesnym zdiagnozowaniu tych schorzeń. Wstaw znak  w odpowiedniej kratce.

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <b>Biała rasa</b>                                     | Wielka Brytania <input type="checkbox"/>                    | Irlandia <input type="checkbox"/>                          | Inny kraj (proszę określić z jakiego kraju pochodzisz)            |  |
| <b>Rasa mieszana</b>                                  | Mieszana biała i czarna<br>Karaiby <input type="checkbox"/> | Mieszana biała i czarna<br>Afryka <input type="checkbox"/> | Rasa mieszana biała i czarna innego pochodzenia (proszę określić) |  |
| <b>Azjata lub Brytyjczyk pochodzenia azjatyckiego</b> | Indie <input type="checkbox"/>                              | Pakistan <input type="checkbox"/>                          | Bangladesz <input type="checkbox"/>                               | Inne pochodzenie azjatyckie (proszę określić)    |
| <b>Czarny lub czarny Brytyjczyk</b>                   | Karaiby <input type="checkbox"/>                            | Afryka <input type="checkbox"/>                            | Rasa mieszana biała i azjatycka <input type="checkbox"/>          | Rasa czarna innego pochodzenia (proszę określić) |
| <b>Chińczyk lub inne pochodzenie etniczne</b>         | Chiny <input type="checkbox"/>                              |  |   | Inne (proszę określić)                           |

**Podpis pacjenta****Podpis w imieniu pacjenta****Data****Data**