

WNIOSEK O STAŁE ZAREJESTROWANIE SIĘ W OGÓLNEJ PRZYCHODNI MEDYCZNEJ

WSZYSTKIE POLA OZNACZONE * SĄ OBOWIĄZKOWE I MUSZĄ BYĆ WYPEŁNIONE JAK NAJDOKŁADNIEJ



1. DANE OSOBOWE

Czy jest to Twoja pierwsza rejestracja z Przychodnią lekarza rodzinnego w Wielkiej Brytanii?

Tak Nie

Czy będziesz w okolicy dłużej niż 3 miesiące?

Tak Nie

(Jeśli nie, proszę wypełnić formularz tymczasowego pobytu)

Mężczyzna Kobieta

Data urodzenia *

Tytuł *

Nazwisko *

Imię (imiona)

Poprzednie nazwisko *

Adres e-mail #

Adres *

Kod pocztowy *

Numer telefonu

Komórka #

dane podane w tych polach nie będą wprowadzane ani aktualizowane do Wspólnotowego Indeksu Zdrowia (CHI), ale będą przechowywane w systemie Przychodni Lekarskiej.

W **aktualnej karcie medycznej** można znaleźć następujące informacje:

Numer Społecznego Indeksu Zdrowia (CHI)* Numer

NHS *

W **akcie urodzenia** znajdują się następujące informacje:

Miejscowość urodzenia *

Kraj urodzenia *

Zarejestrowany okręg urodzenia
(tylko Szkocja)

Nazwisko panięskie matki

2. POMÓŻ NAM ODNALEŹĆ POPRZEDNIĄ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ LEKARZA RODZINNEGO, PODAJĄC NASTĘPUJĄCE INFORMACJE

Adres w Wielkiej Brytanii, kiedy ostatnio byłeś zarejestrowany u lekarza rodzinnego *

Kod pocztowy *

Nazwa i adres poprzedniej Przychodni Lekarskiej w Wielkiej Brytanii *

Kod pocztowy *

Jeśli jesteś z zagranicy:

Data, kiedy po raz pierwszy

Mieszkałeś w Wielkiej Brytanii*

Jeśli wcześniej mieszkałeś/aś w Wielkiej Brytanii, data opuszczenia kraju *

Twój ostatni kraj zamieszkania

Jeśli służyłeś w Brytyjskich Siłach Zbrojnych:

Data wpisu *

Nr służbowy

Jesteś rezerwistą? Tak Nie

Jeśli tak, podaj swój adres przed *

Data odejścia

Kod pocztowy *

Czy to twoja pierwsza rejestracja u lekarza rodzinnego od czasu odejścia z sił zbrojnych? Tak Nie

3. DOBROWOLNE POZWOLENIE NA DAWSTWO NARZĄDÓW LUB TKANEK

Masz wybór co do dawstwa narządów lub tkanek po śmierci. Aby więcej dowiedzieć się, dlaczego ważne jest, aby poświęcić czas na podjęcie decyzji o przekazaniu darowizny i zarejestrowanie jej, odwiedź stronę www.organdonationscotland.org

4. Sposoby wykorzystania danych.

Podane przez Ciebie informacje zostaną wykorzystane przez NHS Scotland do realizacji różnych funkcji i usług, w tym planowania wizyt, zamawiania testów, skierowań do szpitala i wysyłania korespondencji.

Twoje dane, w tym imię i nazwisko, płeć, data urodzenia i adres, zostaną przekazane do NHS National Services Scotland, gdzie będą przechowywane w Community Health Index (Chi). Informacje te są wykorzystywane do zarejestrowania Cię w gabinecie lekarskim, przekazywania dokumentacji medycznej między gabinetami lekarskimi w Wielkiej Brytanii, dokonywania płatności na rzecz gabinetów lekarskich za świadczone usługi medyczne oraz do przetwarzania i wydawania zaświadczeń o zwolnieniu lekarskim i kart uprawnień.

NHS National Services Scotland udostępnia informacje o Tobie w ramach NHS Scotland, aby pomóc w dostarczaniu i ulepszaniu usług NHS oraz zdrowia publicznego. Kiedy to robimy, robimy to zgodnie z opisem NHS Scotland w witrynie NHS Inform w sekcji „[Jak NHS radzi sobie z Twoimi osobistymi informacjami zdrowotnymi](#)”.

Szkocja NHS składa się z różnych organizacji, takich jak NHS Health Board, praktyki lekarzy rodzinnych, szkocka służba pogotowia ratunkowego lub NHS National Services Scotland (wspólna nazwa Common Services Agency for the Scottish Health Service). Organizacje te ponoszą indywidualną odpowiedzialność za Twoje dane osobowe dotyczące zdrowia. Pod względem ochrony danych i przepisów o ochronie prywatności są oni znani jako „administratorzy danych”.

Dowiedz się więcej o NHS Scotland, korzystając z powyższego linku.

5. Deklaracja pacjenta

Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są poprawne i kompletne. Rozumiem, że jeśli tak nie jest, mogą zostać podjęte odpowiednie działania. Aby umożliwić NHS National Services Scotland potwierdzenie moich uprawnień do legalnego zarejestrowania się u lekarza rodzinnego oraz w celu zapobiegania przestępstwom, ich wykrywania i prowadzenia dochodzeń w ich sprawie, odpowiednie organy mogłyby uzyskać niezbędne minimum informacji z tego formularza.

Rozumiem, że bardziej szczegółowe informacje o tym, jak NHS Scotland radzi sobie z moimi danymi są dostępne na NHS Inform.

Informacje te mogą być udostępniane na żądanie w innych językach i formatach. Infolinia NHS Inform zapewnia usługę tłumaczenia ustnego.

Podpis przedstawiciela pacjenta Data

/przedstawiciela pacjenta Imię i nazwisko

przedstawiciela (jeśli dotyczy) Relacja z

pacjentem (jeśli dotyczy)

6. DO UŻYTKU PRZYCHODNI

Numer referencyjny lekarza rodzinnego Nazwa lekarza rodzinnego

Kod przychodni

Identyfikacja widoczna – nie należy brać ani przechowywać kserokopii

Proszę parafować każde odpowiednie pole (zaleca się, aby co najmniej jedna forma identyfikacji była postrzegana jako pozytywna identyfikacja wnioskodawcy, chociaż nie jest obowiązkowe podawanie identyfikatora w celu rejestracji)

Akt Studencka Prawo jazdy Paszport Dokument inne: brak
urodzeni karta lub Home Office
a identyfikacyjna certyfikat karta
HC2 rejestracyjna
aplikacji

Przyjmuję tego pacjenta na listę i oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą informacje te są poprawne. Przyjmuję do wiadomości, że szczegóły mogą być uwierzytelnione z odpowiednich zapisów, oraz że płatności wygenerowane z tej rejestracji pacjenta będą podlegały Weryfikacji Płatności.

Podpis osoby upoważnionej Data *

7. TYLKO DO UŻYTKU SŁUŻBOWEGO

Wpisano

zgodnie z

datą

Pieczęć przychodni