

Podanie o rejestrację u lekarza rodzinnego

G P R

Prosimy wypełniać **dużymi literami** i zaznaczyć odpowiednie okienka**Dane pacjenta**Nazwisko Adres Imię Poprzednie nazwisko

Data urodzenia

Mężczyzna Kobieta

Kod pocztowy

Proszę aby dziecko (nazwisko powyżej) było w przychodni dozorowane systemem Child Care Surveillance

 Będę przebywać na tym obszarze rejestracji ponad trzy miesiące

Pokrewieństwo z pacjentem

Podpis pacjenta (lub reprezentanta pacjenta)

Data

Dobrowolna zgoda na pobranie organów

Jeśli chcesz zarejestrować się w Rejestrze Pobrania Organów Państwowej Służby Zdrowia, jako osoba której organy mogą być pobrane po śmierci w celu transplantacji, prosimy zaznaczyć odpowiednie okienka poniżej:

Dowolny organ Nerki Wątroba Płuca Serce Rogówka Trzustka

Podpis pacjenta

Data

Prosimy o pomoc w odszukaniu poprzedniej kartoteki medycznej, poprzez podanie poniższych informacji (jeśli są znane)

Numer medyczny NHS (nie podatkowy National Insurance No.)

Numer Indeksu Zdrowia (Community Health Index - CHI)

Poprzedni adres w Wielkiej Brytanii

Nazwisko i adres poprzedniego lekarza w Wielkiej Brytanii

Miasto

Hrabstwo

Kod pocztowy

Dla powracających do Wielkiej Brytanii

Data wyjazdu z W.Brytanii

Data powrotu do W.Brytanii

Dla powracających z Królewskich Sił Zbrojnych

Data wstąpienia

Numer sił / przydziału

Miejsce urodzenia

Jeśli żadna z powyższych informacji nie jest znana, prosimy wypełnić poniższe rubryki

Urząd Stanu Cywilnego (zobacz akt urodzenia)

Państwo urodzenia

Nazwisko panięskie matki

Doctor's agreement

Enter 'D' if supplying drugs

Mileage claim

road

water

footpath

CHS acceptance

yes

no

Enter date if registration examination completed

I accept this patient on my list and I claim payment in accordance with the Regulations

CHS Ref. No. of GP providing service if different from below

Doctor's signature

Date

Doctor's name

GP Ref. No.