

**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.