

# APPLICATION TO REGISTER PERMANENTLY WITH A GENERAL MEDICAL PRACTICE PRAŠYMAS NUOLATINIAM UŽSIREGISTRAVIMUI PAS BENDRĄJĄ MEDICINOS PRAKTIKĄ

## 1. ASMENINĖS DETALĖS

(VISI LAUKELIAI KURIE YRA PAŽYMĖTI \* YRA PRIVALOMI IR TURI BŪTI UŽPILDYTI KAIP GALIMA IŠSAMIAU)

VYRAS\*  MOTERIS\*  AR TAI JŪSŲ PIRMA REGISTRACIJA PAS BENDROSIO PRAKTIKOS ŠEIMOS GYDYTOJĄ JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE ? TAIP  NE  AR PASILIKSITE KUR ŠIUO METU RANDATĖS DAUGIAU NEGU TRIS MĖNESIUS ?\* TAIP  NE  (JEIGU „NE“ PAPAŠYKITE FORMOS GMSTRF001)

GIMIMO DATA \*

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

PAVARDĖ \*

VARDAS \*

ANKSTESNĖ PAVARDĖ \*

ELEKTRONINIS PAŠTAS

ŽEMIAU NURODYTĄ INFORMACIJĄ GALIMA RASTI ANT JŪSŲ DABARTINĖS MEDICININĖS KORTELĖS.

Community Health Index (CHI) NUMERIS \*

ŽEMIAU NURODYTĄ INFORMACIJĄ GALIMA RASTI ANT JŪSŲ DABARTINĖS MEDICININĖS KORTELĖS.

GIMTASIS MIESTAS \*

UŽREGISTRUOTAS GIMTASIS RAJONAS (TIK ŠKOTIJA)

# ŠIUOSE LAUKELIUOSE PATEIKTI DUOMENYS NEBUS ATNAUJINTI AR ĮVESTI Į COMMUNITY HEALTH INDEX (CHI), BET BUS LAIKOMI BENDROSIO PRAKTIKOS SISTEMOJE.

## 2. PADĖKITE MUMS ATKURTI JŪSŲ ANKSTESNIUS ŠEIMOS GYDYTOJO ĮRAŠUS SUTEIKDAMI ŠIĄ INFORMACIJĄ

ADRESAS JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE KUOMET PASKUTINĮ KARTĄ BUVOTE UŽSIREGISTRAVĘS PAS ŠEIMOS GYDYTOJĄ \*

PAŠTO KODAS\*

Jeigu esate iš užsienio:

Data, kada pirmą kartą atsikraustėte gyventi į Jungtinę Karalystę \*

Jūsų naujausia rezidentinė šalis

PAVADINIMAS IR ADRESAS ŠEIMOS GYDYTOJO PRAKTIKOS JUNGTINĖJE KARALYSTĖJE PAS KURĮ ANKSČIAU BUVOTE UŽSIREGISTRAVĘS \*

PAŠTO KODAS\*

Jeigu anksčiau gyvenote Jungtinėje Karalystėje, išvykimo data \*

### Jeigu tarnavote British Armed Forces:

Stojimo į karo tarnybą data\*

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

Ar jūs esate Reservist? \*

TAIP  NE

Tarnybos numeris

Jeigu taip, prašome pateikti savo adresą prieš stodami į karo tarnybą\*

Išvykimo data\*

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

Ar tai jūsų pirmą registraciją pas Šeimos Gydytoją po išvykimo iš Armed Forces? \*

TAIP  NE

PAŠTO KODAS\*

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

### 3. SAVANORIŠKAS ORGANŲ DONORYSTĖS SUTIKIMAS

Aš norėčiau būti įtrauktas į NHS Organ Donor Register [NHS Organų donoro registrą], kaip asmuo, kurio organai gali būti naudojami transplantacijai po mano mirties. Prašome pažymėti langelius, kurie tinka. Jūsų sutikimu dėl organų donorystės ir informacija, kurią jūs suteikėte Skirsnyje 1, įskaitant jūsų vardą, lytį, gimimo datą, adresą ir CHI numerį, bus pasidalinta su NHS Blood and Transplant [NHS Kraujas ir transplantacijos]. Dėl daugiau informacijos apie organų donorystę ar privatumą, prašome paprašyti lankstinuko kuomet užsirašysite į NHS Organ Donor Register arba apsilankykite [www.organdonation.nhs.uk](http://www.organdonation.nhs.uk)

bet kuriuos mano organus ar audinius  Arba mano

Inkstus  Akis  Širdį  Plaučius  Kepenis  Kasą  Plonąsias žarnas  Audinius

PACIENTO PARAŠAS \_\_\_\_\_

DATA

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

### 4. KAIP MES NAUDOJAME JŪSŲ INFORMACIJĄ

Informacija, kurią mums suteikėte, bus naudojama Šeimos Gydytojo praktikos įvairių funkcijų ir paslaugų atlikimui, įskaitant susitikimų planavimui, testų užsakymui, liginės nukreipimams ir korespondencijos išsiuntimui. Jūsų informacija, įskaitant jūsų vardą, lytį, gimimo datą ir adresą, bus perduota NHS National Services Scotland kur bus įtraukta į Community Health Index (CHI). Ši informacija bus naudojama jus užregistruoti su praktikos Šeimos Gydytoju, perkelti jūsų medicininius įrašus tarp Šeimos Gydytojo praktikų Jungtinėje Karalystėje, užmokėti Šeimos Gydytojų praktikoms už teikiamas medicininės paslaugas ir pagaminti ir išduoti medicininės kortelės, medicininiams išimties liudijimams ir teisės kortelėms. NHS National Services Scotland dalinasi informacija apie jus NHS Scotland'e kad padėtų teikti ir tobulinti NHS paslaugas ir visuomenės sveikatą. Tai darydami, mes užtikriname, kad informacija, kuri jus identifikuoja kaip asmenį ir jūsų sveikatos informacija būtų atskirta arba pritaikyta anonimiškai. Sveikatos būklės ir gydymo informacija, kuri galėtų jus identifikuoti, nebus naudojama moksliniams tyrimams NHS, nebent jūs su tuo sutiktumėte. Dėl daugiau informacijos kaip NHS National Services Scotland naudojami jūsų asmenine informacija apsilankykite [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk). Jeigu turite bet kokių klausimų ar susirūpinimų apie tai, kaip jūsų informacija yra naudojama NHS, prašome paprašyti lankstinuko 'Confidentiality – it's your right', apsilankykite Health Rights Information Scotland tinklapyje adresu [www.hris.org.uk](http://www.hris.org.uk) arba kreipkitės į savo Šeimos Gydytojo polikliniką. NHS National Services Scotland yra dažnai vadinamos Common Services Agency for the Scottish Health Service.

### 5. PACIENTO DEKLARACIJA

Aš pareiškiu, kad informacija, kurią aš suteikiau ant šios formos yra teisinga ir išsami. Aš suprantu, jei taip nėra, gali būti imtasi atitinkamų veiksmų. Tam kad NHS National Services Scotland patvirtintų mano tinkamumą teisėtai užsiregistruoti pas Šeimos Gydytoją ir dėl prevencijos, atskleidimo ir nusikaltimų tyrimų tikslų, atitinkama informacija iš šios formos bus pateikta NHS Business Services Authority, NHS National Services Scotland, Home Office, Identity and Passport Service, HM Revenue and Customs, General Register Office ir Local Authorities.

PACIENTO AR PACIENTĄ  
ATSTOVAUJANČIOJO PARAŠAS \_\_\_\_\_

DATA

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

ATSTOVO VARDAS (JEIGU TINKA)

RYŠYS SU PACIENTU (JEIGU TINKA)

## 6. TIK PRACTICE NAUDOJIMUI FOR PRACTICE USE

Šeimos Gydytojo nuorodos numeris

GP reference number

Šeimos Gydytojo vardas

GP name

Practice kodas

Practice code

Mileage (No.)

Mileage (No.)

Kelias

Road

Vanduo

Water

Pėsčiųjų takas

Footpath

**Identifikacija apžiūrėta – nedarykite ar nepasilikite fotokopijų**  
**Identification seen - do not take or retain photocopies**

**Kiekvieną atitinkamą langelį pažymėkite inicialais (rekomenduojama, kad bent viena identifikavimo forma būtų apžiūrėta tam kad pareiškėjas būtų pozityviai identikuotas)**

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

Gimimo liudijimas

Birth Cert

Studento tapatybės kortelė

Student ID Card

Vairuotojo pažymėjimas

Driving Licence

Pasas ar HC2 sertifikatas

Passport or HC2 Cert.

Home Office App Reg Card

Kita/Nieko -nurodyti  
Other/None - Specify

Registratūros inicialai

Receptionist Initials

**Aš priimu šį pacientą į practice sąrašą ir pareiškiu, kad kiek man žinoma, ši informacija yra teisinga. Aš patvirtinu, kad duomenys gali būti autentikuoti iš atitinkamų registru ir mokėjimams, generuojamiems iš šio paciento registracijos bus taikomas Mokėjimo verifikavimas**

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.

Practice įgaliotojo parašas

Authorised Practice Signature

DATA

Date

## 7. OFFICIAL USE ONLY

Input by

Checked by

Date

Practice Stamp