

**Dane pacjenta**

Proszę wypełnić wielkimi literami i zaznaczyć  odpowiednio

Pan  Pani  Panna  Pani lub panna Nazwisko

Imiona

Data urodzenia

Nr NHS Poprzednie nazwisko

Mężcz.  Kob. Miejsce i kraj urodzenia

Adres zamieszkania

Kod pocztowy Numer telefonu

Prosimy o podanie poniższych informacji, aby nam pomóc w odnalezieniu Państwa wcześniejszej dokumentacji medycznej

Poprzedni adres w WB Nazwa poprzedniej praktyki lekarza rodz. dla adresu

Adres poprzedniej praktyki lekarza rodzinnego

**Osoby z zagranicy**

Pierwszy adres w Wielkiej Brytanii, który został użyty podczas zapisywania się do praktyki lekarza rodzinnego

Jeśli wcześniej mieszkali Państwo w WB Data wyjazdu Data przyjazdu na stałe do WB

**Czy kiedykolwiek byli Państwo zapisani do lekarza rodzinnego w ramach służb wojskowych**

Proszę zaznaczyć, czy służyli Państwo w brytyjskiej służbie wojskowej i/lub byli zapisani do lekarza rodzinnego w ramach Ministerstwa Obrony w Wielkiej Brytanii lub za granicą:  Regularna  Rezerwa  Weteran  Członek rodziny (Małżonek/ka, partner cywilny, dziecko)

Adres przed zapisaniem:

Kod pocztowy Numer służbowy lub personelu: Data zapisania się: DD MM RR Data zwolnienia: DD MM RR (jeśli dotyczy)

*Adnotacja: Powyższe pytania są opcjonalne a odpowiedzi nie mają wpływu na prawo do zarejestrowania się i korzystania ze świadczeń NHS. Mogą jednak poprawić dostęp do niektórych świadczeń NHS o charakterze priorytetowym i usług charytatywnych.*

**Jeśli chcą Państwo, aby lekarz wydawał im leki i sprzęt\***

- Mieszkam ponad 1,6 km w prostej linii od najbliższej apteki
- Będzie mi bardzo trudno odbierać je w aptece.

*\*Nie wszyscy lekarze mają upoważnienie do wydawania leków*

Podpis pacjenta  Podpis w imieniu pacjenta

Data / /

**Wpis do Rejestru dawców narządów NHS**

Chcę się zapisać do Rejestru dawców narządów NHS, aby po śmierci moje narządy lub tkanki mogły zostać wykorzystane do przeszczepu. Proszę zaznaczyć odpowiednie pole.

- Dowolny narząd i dowolne tkanki albo
- Nerki  Serce  Wątroba  Rogówka  Płuca  Trzustka

Podpis potwierdzający zgodę na wpis do Rejestru dawców narządów NHS Data / /

*Proszę poinformować swoją rodzinę o woli bycia dawcą. Jeśli nie chcą Państwo zostać dawcą, można zarejestrować swoją decyzję w serwisie [www.organdonation.nhs.uk](http://www.organdonation.nhs.uk) lub dzwoniąc na numer 0300 123 23 23.*

**Wpis do Rejestru dawców krwi NHS**

Chcę się zapisać do Rejestru dawców krwi NHS jako osoba, z którą można się kontaktować, i która jest gotowa do oddania krwi. Zaznaczyć, czy oddawali Państwo krew w ciągu ostatnich 3 lat.

Podpis potwierdzający zgodę na wpis do Rejestru dawców krwi NHS Data / /

Preferowany adres oddawania krwi (Jeśli różni się od powyższego, np. miejsce pracy)

Kod pocztowy:   
*Potrzebne są wszystkie rodzaje krwi, a w szczególności O RH- i B RH-. Zapraszamy do serwisu [www.blood.co.uk](http://www.blood.co.uk) lub kontaktu telefonicznego, dzwoniąc na numer 0300 123 23 23.*

Do użytku przez NHS England Pacjent zarejestrowany do  GMS  Wydawanie

## Wypełnia personel placówki

Nazwa praktyki \_\_\_\_\_

Kod \_\_\_\_\_

 Ten pacjent został przeze mnie zaakceptowany w imieniu praktyki do generalnych świadczeń medycznych

 Po odebraniu zgody NHS England będę wydawać temu pacjentowi leki i sprzęt.

Oświadczam, że jestem przekonany/a, że powyższe informacje są prawdziwe.

Pieczęć praktyki

Podpis osoby upoważnionej

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**PYTANIA UZUPEŁNIAJACE** - Poniższe pytania mają charakter opcjonalny a odpowiedzi nie mają wpływu na prawo do zarejestrowania się i korzystania ze świadczeń lekarza rodzinnego.

### OŚWIADCZENIE PACJENTA - dla wszystkich osób, które nie mieszkają na stałe w Wielkiej Brytanii

Na terenie Anglii wszyscy mogą się zarejestrować do lekarza rodzinnego, aby móc skorzystać w niej z darmowej opieki medycznej. Jednakże osoby, które nie mieszkają na stałe w WB mogą zostać obciążone kosztem leczenia w ramach NHS poza placówką lekarza rodzinnego. Zamieszkanie stałe generalnie oznacza mieszkanie w danym momencie w Wielkiej Brytanii w sposób zgodny z prawem na zasadzie stosownego osiedlenia. W większości przypadków obywatele krajów spoza EOG muszą również otrzymać „pozwolenie na pobyt bezterminowy” w Wielkiej Brytanii.

Niektóre świadczenia, takie jak badania diagnostyczne podejrzewanych chorób zakaźnych oraz leczenie tych chorób są bezpłatne dla wszystkich osób. Ponadto istnieją grupy ludzi, które nie mieszkają w Wielkiej Brytanii na stałe, ale są zwolnione ze wszelkich opłat za leczenie.

Więcej informacji na temat stałego miejsca pobytu, wyjątków i płacenia za świadczenia NHS znaleźć można w broszurze dla pacjenta – osoby przyjezdne i imigranci (Visitor and Migrant patient leaflet), którą można uzyskać w praktyce lekarza rodzinnego.

Możą zostać Państwo poproszeni o przedstawienie dowodu potwierdzającego prawo do bezpłatnego leczenia na NHS poza praktyką lekarza rodzinnego, a brak potwierdzenia może skutkować obciążeniem kosztami leczenia. Bez względu na to, czy uiszczona zostanie z góry należna opłata, pacjentowi udzieli się wszelkiej koniecznej pomocy, jeśli będzie ona wymagana bezzwłocznie lub w trybie pilnym.

Informacje podane w niniejszym formularzu zostaną wykorzystane w celu ustalenia statusu pod kątem odpłatności, w tym dot. placówek oferujących usługi drugiego stopnia (np. szpitali) oraz NHS Digital, na cele zatwierdzania, fakturowania i egzekwowania kosztów. Może się z Państwem skontaktować przedstawiciel NHS w celu potwierdzenia podanych danych.

Proszę zaznaczyć odpowiednie pola:

- a)  Rozumiem, że być może będę musieć zapłacić za leczenie w ramach NHS poza praktyką lekarza rodzinnego.
- b)  Rozumiem, że jestem zwolniony/a z opłaty za leczenie w ramach NHS poza praktyką lekarza rodzinnego. Obejmuje to np. ubezpieczenie EKUZ, uiszczenie opłaty imigracyjnej za świadczenia zdrowotne („Opłata”) wraz z okazaniem ważnej wizy. Jestem w stanie na życzenie przedstawić powyższe dokumenty w celu potwierdzenia swojego statusu.
- c)  Nie wiem, jaki jest mój status, jeśli chodzi o odpłatność leczenia.

Oświadczam, że informacje podane w niniejszym formularzu są prawdziwe i kompletne. Rozumiem, że jeżeli tak nie jest, podjęte zostaną przeciwko mnie odpowiednie działania.

**W przypadku dziecka w wieku poniżej 16 lat formularz wypełnia rodzic lub opiekun.**

<b>Podpis:</b>		<b>Data:</b>	DD MM RR
<b>Imię i nazwisko drukowanymi literami:</b>		<b>Związek z pacjentem:</b>	
<b>W imieniu:</b>			

Proszę wypełnić tę część, jeśli mieszkają Państwo w innym kraju EOG albo przeprowadzili się do WB w celu studiowania lub przebywania na emeryturze, albo jeśli mieszkają Państwo w WB, ale pracują w innym kraju EOG. Proszę nie wypełniać tej części, jeśli posiadają Państwo kartę EKUZ wydaną przez WB.

### ZAGRANICZNA KARTA EUROPEJSKIEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (EKUZ), CERTYFIKAT TYMCZASOWO ZASTĘPUJĄCY EKUZ (CTZ EKUZ) – DANE I FORMULARZ S1

Czy posiadają Państwo zagraniczną kartę EKUZ lub certyfikat CTZ EKUZ?	<b>TAK:</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE:</b> <input type="checkbox"/>	Jeśli tak, proszę wpisać poniżej dane z karty EKUZ lub certyfikatu CTZ EKUZ:
<p>Osoby przyjeżdżające z innego kraju EOG bez aktualnej karty EKUZ (lub CTZ EKUZ/S1), mogą zostać obciążone kosztem leczenia poza praktyką lekarza rodzinnego, w tym leczenia szpitalnego.</p>	Kod kraju: <input type="text"/>		
	3: Nazwisko		
	4: Imię lub imiona		
	5: Data urodzenia	DD MM RRRR	
	6: Numer identyfikacyjny osoby		
	7: Numer instytucji		
	8: Numer karty		
	9: Data ważności	DD MM RRRR	
	Okres ważności CTZ EKUZ (a) od:	DD MM RRRR	(b) do:

Proszę zaznaczyć , jeśli mają Państwo formularz S1 (np. przeprowadzili się do WB w celu przebywania na emeryturze, zostali wysłani tutaj do pracy przez swojego pracodawcę, albo mieszkają w WB, ale pracują w innym kraju EOG). **Proszę wręczyć formularz S1 personelowi praktyki.**

**Jak wykorzystane zostaną moje dane z EKUZ, CTZ EKUZ lub S1?** Jeśli wykorzystają Państwo kartę EKUZ lub certyfikat CTZ EKUZ w celu opłacenia kosztów leczenia w ramach NHS, dane z karty lub certyfikatu oraz dane dot. wizyty u lekarza rodzinnego udostępnione zostaną placówce NHS drugiego stopnia (szpitali) oraz usłudze NHS Digital wyłącznie w celu egzekwowania kosztów. W ramach egzekwowania kosztów nie udostępnia się danych klinicznych pacjenta.

Informacje z karty EKUZ, certyfikatu CTZ EKUZ lub formularza S1 zostaną przekazane do Ministerstwa Pracy i Emerytur na cele odzyskiwania kosztów poniesionych przez NHS z kraju pochodzenia.