

Jak zarejestrować się w przychodni lekarza pierwszego kontaktu (GP)

Aby zarejestrować siebie lub inną osobę w przychodni lekarza pierwszego kontaktu, należy wypełnić niniejszy formularz i przekazać go przychodni, w której chce się Pan/Pani zarejestrować.

Należy:

- zaznaczyć „haczykiem” lub „x” odpowiednie kratki
- wypełnić wszystkie rubryki, które dotyczą Pana/Pani lub osoby, którą Pan/Pani rejestruje.
- podać jak najwięcej informacji
- pisać DRUKOWANYMI LITERAMI
- Jeżeli nie może Pan/Pani odpowiedzieć na pytanie lub nie ma ono zastosowania, należy wpisać "Not applicable" lub "N/A" (nie dotyczy).
- pisać czarnym lub niebieskim tuszem
- zapytać w recepcji przychodni, w której chce się Pan/Pani zarejestrować, jeżeli potrzebuje Pan/Pani pomocy w wypełnieniu formularza.

Które rubryki formularza należy wypełnić?

- Część A – wszystkie stosowne rubryki.
- Część B – ta część jest opcjonalna, ale pomoże lekarzowi pierwszego kontaktu zapewnić najlepszą opiekę.
- Część C – należy wypełnić te rubryki tylko w przypadku osób mieszkających zazwyczaj poza Wielką Brytanią.

Jeżeli wszystkie stosowne rubryki nie zostaną wypełnione, przychodnia może się z Panem/Panią skontaktować.

Rejestracja przez Internet

W nowej przychodni lekarza pierwszego kontaktu można w sposób szybki i bezpieczny zarejestrować się online. Na stronie internetowej przychodni, w której chce się Pan/Pani zarejestrować, należy sprawdzić, czy podany został link do usługi "Register to a GP surgery" (rejestracja w przychodni lekarza pierwszego kontaktu).

CZĘŚĆ A

Należy w miarę możliwości podać jak najwięcej informacji. Jeżeli pytanie nie dotyczy Pana/Pani lub osoby, którą Pan/Pani rejestruje, należy wpisać "Not applicable" lub "N/A" (nie dotyczy).

Część 1 – Kto dokonuje rejestracji?

1 Czy rejestruje Pan/Pani

siebie (należy przejść do Części 2 – Dane pacjenta) inną osobę

Należy podać swoje dane tylko w przypadku rejestrowania innej osoby.

2 Pana/Pani imię i nazwisko

4 Pana/Pani numer telefonu

3 Rodzaj relacji z osobą, którą Pan/Pani rejestruje



Dawcy krwi lub narządów ratują innych - rejestrując się jako dawca, można ocalić komuś życie!

Więcej informacji: www.nhsbt.nhs.uk/lifeline lub tel. 0300 123 23 23.

Część 3 – Pacjenci w wieku poniżej 18 lat

Tylko dzieci w wieku poniżej 12 miesięcy

1 Gdzie urodziło się dziecko?

- Anglia Irlandia Północna Walia
 Wyspa Man Szkocja
 Poza Wielką Brytanią

2 Gdzie mieszkała matka dziecka w momencie jego urodzenia?

Kod pocztowy

Pacjenci w wieku poniżej 18 lat

1 Placówka edukacyjna:

- Szkoła Przedszkole
 Edukacja domowa Żadne z powyższych

2 Adres

Kod pocztowy

3 Czy dziecko jest pod opieką:

- Specjalisty zatrudnionego w szpitalu
 Pracownika opieki zdrowotnej
 Pracownika socjalnego Nie dotyczy

4 Czy dziecko przyjęło wszystkie rutynowe szczepienia?

- Tak Nie Nie wiem

5 Czy rutynowe szczepienia były wykonane w Wielkiej Brytanii?

- Tak Nie Nie wiem

Część 4 – Dodatkowe informacje

1 Grupa etniczna

Należy wybrać jedną z pozycji od A do E, a następnie zaznaczyć jedną kratkę, która najlepiej określa Pana/Pani grupę etniczną lub pochodzenie.

(A) Rasa biała

- Z Anglii, Walii, Szkocji, Irlandii Północnej lub Wielkiej Brytanii
 Z Irlandii Cyganie lub irlandzki lud wędrowny

Rasa biała, inne pochodzenie

--

(B) Rasa mieszana/różne grupy etniczne

- Rasa biała i czarna z basenu Morza Karaibskiego
 Rasa biała i czarna z Afryki
 Rasa biała i z Azji

Inne pochodzenie mieszane/z różnych grup etnicznych

--

(C) Azjata/Azjatka lub Brytyjczyk/Brytyjka pochodzenia azjatyckiego

- Z Indii Z Pakistanu Z Bangladeszu
 Z Chin

Inne pochodzenie azjatyckie

--

(D) Rasa czarna/z Afryki/ z basenu Morza Karaibskiego/ Brytyjczyk lub Brytyjka rasy czarnej:

- Z Afryki z basenu Morza Karaibskiego

Rasa czarna/ z Afryki/ z basenu Morza Karaibskiego o innym pochodzeniu

--

(E) Inna grupa etniczna

- Arab/-ka

Inna grupa etniczna

--

- Wolę nie odpowiadać

Część 4 – Dodatkowe informacje

2 Czy był/-a Pan/Pani wcześniej zarejestrowany/-a u lekarza pierwszego kontaktu w Wielkiej Brytanii?

Tak Nie

3 Jeżeli przeprowadził/-a się Pan/Pani do Wielkiej Brytanii z innego kraju, prosimy o podanie daty przyjazdu.

4 Czy kiedykolwiek służył/-a Pan/Pani w Siłach Zbrojnych Wielkiej Brytanii lub był/-a Pan/Pani zarejestrowany/-a u lekarza pierwszego kontaktu Ministerstwa Obrony w Wielkiej Brytanii lub za granicą?

Tak Nie Wolę nie odpowiadać

Jeżeli otrzymał/-a Pan/Pani formularz FMED133A (FMED1), gdy opuszczał/-a Pan/Pani Siły Zbrojne Wielkiej Brytanii, powinien Pan/powinna Pani przekazać go przychodni lekarza pierwszego kontaktu.

5 Czy potrzebuje Pan/Pani tłumacza ustnego podczas wizyt?

Tak Nie

6 Jakiego języka?

Brytyjski język migowy (BSL)

7 Czy jest Pan/Pani opiekunem innej osoby?

Tak Nie

8 Jaka jest Pana/Pani relacja/stopień pokrewieństwa z osobą, którą się Pan/Pani opiekuje?

9 Jakiego rodzaju opiekę świadczy Pan/Pani tej osobie?

- Jako opiekun niepełnoletni, poniżej 18 lat
- Opieka płatna w ramach pracy
- Opieka bezpłatna, ale z możliwymi świadczeniami
- Opieka zastępcza

10 Czy ma Pan/Pani opiekuna?

Tak Nie

11 Jaka jest Pana/Pani relacja/stopień pokrewieństwa z Pana/Pani opiekunem?

12 Jakiego rodzaju opiekę zapewnia Panu/Pani opiekun?

- Jako opiekun niepełnoletni, poniżej 18 lat
- Opieka płatna w ramach pracy
- Opieka bezpłatna, ale z możliwymi świadczeniami
- Opieka zastępcza

13 Numer telefonu opiekuna

14 Do której apteki mają być wysyłane recepty?

Adres apteki

Kod pocztowy

W niektórych przypadkach można odebrać receptę w przychodni lekarza pierwszego kontaktu zamiast konieczności wizyty w aptece. Więcej informacji może udzielić przychodnia.

15 Czy mieszka Pan/Pani w odległości większej niż 1 mila od najbliższej apteki?

Tak Nie

16 Czy miał(a)by Pan/Pani poważne trudności z uzyskaniem leków lub urządzeń z najbliższej apteki?

Tak Nie

Czy chce Pan/Pani, aby ważne informacje z Pana/Pani dokumentacji medycznej w przychodni były udostępniane innym pracownikom służby zdrowia i opieki?

Przychodnia lekarza pierwszego kontaktu potrzebuje zgody na udostępnienie ważnych informacji z Pana/Pani dokumentacji medycznej. Jest to tzw. skrócona karta opieki (Summary Care Record; SCR). Pana/Pani karta SCR może być udostępniana wyłącznie pracownikom służby zdrowia i opieki w całej Anglii, którzy zapewniają Panu/Pani bezpośrednią opiekę. Umożliwia im to wgląd w ważne informacje z Pana/Pani dokumentacji medycznej znajdującej się u lekarza pierwszego kontaktu.

Tak, proszę udostępnić kartę SCR z dodatkowymi informacjami

Będą to informacje na temat przyjmowanych przez Pana/Panią leków, alergii, reakcji niepożądanych oraz informacje dodatkowe, w tym szczegóły dotyczące wszelkich istotnych chorób i problemów zdrowotnych, operacji i szczepień.

Tak, proszę udostępnić kartę SCR bez dodatkowych informacji

Będą to tylko informacje na temat przyjmowanych przez Pana/Panią leków, alergii i reakcji niepożądanych

Nie, proszę nie udostępniać karty SCR

Informacje na temat Pana/Pani leków, alergii, działań niepożądanych i wszelkie dodatkowe informacje nie będą udostępniane osobom zaangażowanym w bezpośrednią opiekę nad Panem/Panią.

CZĘŚĆ B

Nie musi Pan/Pani wypełniać tej części. Wszelkie podane informacje pomogą jednak lekarzowi pierwszego kontaktu w zapewnieniu najlepszej opieki.

Część 5 – Zdrowie pacjenta

1 Czy kiedykolwiek występowały u Pana/Pani którekolwiek z wymienionych niżej chorób?

- Choroba Alzheimera lub demencja
 Astma Rak Cukrzyca
 Padaczka Choroba serca
 Nadciśnienie
 Udar Choroba tarczycy

2 Które z poniższych twierdzeń Pana/Pani dotyczy?

- Palę Kiedyś paliłem/-am
 Nigdy nie paliłem/-am Wolę nie odpowiadać

3 Ile papierosów wypala Pan/Pani średnio w ciągu doby?

4 Kiedy przestał/-a Pan/Pani palić? DD MM RRRR

5 Jak często pije Pan/Pani alkohol?

- Nigdy Raz na miesiąc lub rzadziej
 2 – 4 razy w miesiącu 2 – 3 razy w tygodniu
 4 razy w tygodniu lub częściej
 Wolę nie odpowiadać

6 Ile jednostek alkoholu wypija Pan/Pani w ciągu typowego dnia, kiedy Pan/Pani pije?

1 pinta piwa 4% to 2,5 jednostki. Mały kieliszek wina 125 ml to 1,5 jednostki, a 25 ml kieliszek alkoholu wysokoprocentowego to 1 jednostka.

Jednostki

7 Jak często wypijał/-a Pan/Pani sześć lub więcej jednostek alkoholu przy jednej okazji w ciągu ostatniego roku?

- Nigdy Rzadziej niż raz w miesiącu
 Raz w miesiącu Raz w tygodniu
 Codziennie lub prawie codziennie
 Wolę nie odpowiadać

8 Ile Pan/Pani waży?

kilogramów lub kamieni (stones) funtów (pounds)

9 Ile ma Pan/Pani wzrostu?

centymetrów lub stóp cali

10 Alergie

11 Choroby psychiczne

Część 5 – Zdrowie pacjenta (cd.)

12 Niepełnosprawności

13 Inne problemy zdrowotne

14 Inne problemy zdrowotne

Czy w związku z nimi korzysta Pan/Pani z recept powtarzalnych?

Tak Nie

15 Czy Pan/Pani lub Pana/Pani opiekun wymaga komunikacji w przystępnej formie?

Na przykład drukowanej alfabetem Braille'a, w formie dźwiękowej, w dużym formacie lub wersji uproszczonej Easy Read.

Prosimy o określenie potrzeb

16 Czy Pan/Pani lub Pana/Pani opiekun wymaga uzasadnionych udogodnień, aby umożliwić Panu/Pani wizytę w przychodni?

Może to być na przykład powiadomienie dźwiękowe lub wizualne w poczekalni, dostęp do pętli indukcyjnej lub wsparcie osoby sporządzającej notatki.

Prosimy o określenie potrzeb

CZĘŚĆ C

Sekcja 6 – Pacjenci z zagranicy

Tę część powinny wypełnić osoby, które:

- nie mieszkają w Wielkiej Brytanii i są tu tylko z wizytą
- mieszkają obecnie w Wielkiej Brytanii, ale nie uważają jej za kraj stałego zamieszkania. Są to na przykład osoby, które studiują lub przyjechały do Wielkiej Brytanii w ramach swojej pracy.
- mają miejsce stałego zamieszkania w Wielkiej Brytanii i otrzymują rentę/emeryturę lub świadczenia z kraju w Europie

Informacje na temat uprawnień do bezpłatnej opieki poza przychodnią lekarza pierwszego kontaktu

Każdy może zarejestrować się w przychodni lekarza pierwszego kontaktu i otrzymać z jej strony bezpłatną opiekę medyczną. Jednak w przypadku skierowania na leczenie poza przychodnią lub konieczności skorzystania z nieplanowanej opieki, na przykład w szpitalu, mogą obowiązywać opłaty, jeżeli pacjent jest osobą odwiedzającą Wielką Brytanię lub mieszkającą tu tymczasowo.

Niektóre grupy odwiedzających lub mieszkańców tymczasowych są uprawnione do bezpłatnego korzystania z tej opieki. W celu potwierdzenia uprawnień mogą być wymagane dokumenty.

Przykłady osób uprawnionych:

- uchodźcy, osoby ubiegające się o azyl, osoby otrzymujące określone formy wsparcia ze strony państwa
- osoby, w przypadku których istnieje podejrzenie lub potwierdzono, że padły ofiarą współczesnego niewolnictwa i handlu ludźmi
- mieszkańcy tymczasowi z ważną wizą na więcej niż 6 miesięcy. Możliwe, że wraz z wnioskiem wizowym uścił/-a Pan/ Pani imigracyjną opłatę zdrowotną. Należy pamiętać, że świadczenia wspomaganego rozrodu pozostają płatne dla tej grupy.
- Osoby odwiedzające przybywające z krajów EOG będą musiały przedstawić kartę EKUZ (Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego), która obejmuje natychmiastowe, niezbędne, nieplanowane leczenie, lub formularz S2, który obejmuje leczenie planowane.

Ponadto niektóre świadczenia są bezpłatne dla wszystkich odwiedzających, w tym diagnostyka i leczenie chorób zakaźnych i zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Natychmiastowa niezbędna opieka, opieka położnicza i inna pilna opieka, z którą nie można czekać do czasu wyjazdu z Wielkiej Brytanii osoby odwiedzającej z obowiązkiem zapłaty za leczenie, nie zostanie wstrzymana ani opóźniona ze względu na konieczność zapłaty. Leczenie inne niż pilne nie zostanie jednak zapewnione do czasu otrzymania pełnej zapłaty.

Więcej informacji można znaleźć w ulotce dla pacjenta dostępnej w przychodni.

Prosimy wybrać stwierdzenie, które Pana/Pani dotyczy:

- Rozumiem, że być może będę musiał/-a zapłacić za leczenie w ramach NHS poza przychodnią lekarza pierwszego kontaktu.
- Nie muszę płacić za leczenie w ramach NHS poza przychodnią lekarza pierwszego kontaktu i posiadam dokumenty potwierdzające ten fakt.
- Nie wiem, czy muszę płacić za leczenie.

CZĘŚĆ C

Część 6 – Pacjenci z zagranicy (cd.)

Udzielenie nam tych informacji oznacza, że jeżeli będzie Pan/Pani potrzebować opieki NHS poza przychodnią lekarza pierwszego kontaktu i będzie Pan/Pani uprawniony/-a do takiej opieki bez opłat, łatwiej będzie Panu/Pani wykazać to uprawnienie.

Wykorzystamy te informacje, aby ustalić Pana/Pani status w zakresie obowiązku zapłaty za opiekę, w celu odzyskania kosztów NHS od krajów odpowiedzialnych za Pana/Pani opiekę zdrowotną, w stosownych przypadkach. Nie będzie to miało wpływu na Pana/Pani uprawnienia do rejestracji w przychodni lekarza pierwszego kontaktu lub do korzystania z bezpłatnych świadczeń lekarza pierwszego kontaktu.

1	Prosimy o wypełnienie:	<input type="checkbox"/>	Mam formularz S1 wydany przez państwo członkowskie UE lub EOG	<input type="checkbox"/>	Posiadam kartę EKUZ wydaną przez państwo członkowskie UE lub EOG
		<input type="checkbox"/>	Jestem uprawniony/-a do otrzymania karty EKUZ, ale jej nie posiadam	<input type="checkbox"/>	Pobieram europejską emeryturę lub świadczenia
				<input type="checkbox"/>	Przebywam w Wielkiej Brytanii w ramach mojej pracy
				<input type="checkbox"/>	Żadne z powyższych mnie nie dotyczy

Prosimy o wypełnienie:			
1	Kod państwa	5	Osobisty numer identyfikacyjny
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
2	Nazwisko	6	Numer identyfikacyjny instytucji
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
3	Imię	7	Numer identyfikacyjny karty
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
4	Data urodzenia DD MM RRRR	8	Data ważności DD MM RRRR
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

W jaki sposób będą wykorzystywane Pana/Pani dane z EKUZ i S1?

Korzystając z karty EKUZ w celu pokrycia kosztów leczenia w ramach NHS, Pana/Pani dane z karty EKUZ i dane dotyczące wizyty u lekarza pierwszego kontaktu będą udostępniane placówkom opieki drugiego stopnia NHS (szpitalom) i NHS Digital wyłącznie w celu odzyskania tych kosztów. Pana/Pani dane kliniczne nie będą udostępniane w procesie odzyskiwania kosztów. Pana/Pani dane z karty EKUZ lub S1 zostaną udostępnione urzędowi Business Service Authority w celu odzyskania kosztów NHS z Pana/Pani kraju pochodzenia.