

## 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](http://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.

<b>1</b>	<b>Prosimy o wypełnienie:</b>	<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

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