

PŘIHLÁŠKA K ZAHRNUTÍ NA SEZNAM ORDINACE A/NEBO REGISTRACE DO HEALTH SERVICE

Central Services Agentúra sdílí registr pacientů s Health and Social Services v Severním Irsku

Poznámky k vyplnění

Přečtěte si, prosím, pozorně následující poznámky dříve než vyplníte tento formulář. Vemte prosím na vědomí, že k zabezpečení zahrnutí na seznam ordinace, vyplněný formulář by měl být předán vybrané ordinaci k přijmutí.

Osoby, které musí vyplnit tento formulář

Tento formulář musí vyplnit všechny osoby (kromě níže uvedených), které si přejí zaregistrovat u „Health Service“ v Severním Irsku u praktického lékaře, zubního či očního lékaře, a které momentálně pobývají v Severním Irsku.

Osoby, které nemusí vyplnit tento formulář

- Osoby trvale žijící v Severním Irsku, které ztratili svůj platný „Northern Ireland Medical Card“, nebo se přestěhovali z Anglie, Skotska či Walesu mohou rovněž tento formulář použít. K dispozici v jakékoli lékařské ordinaci či na níže uvedených adresách.
- Držitelé „Infant Registration Card“ formulář (HS123) vydané při narození u Registrar. Jestliže „Infant Registration Card“ formulář (HS123) byla ztracena, duplikát může být vystaven v kanceláři Registrar.
- Držitelé formuláře PP 13 vydaného kvůli vyřazení z vojska.

Aby jste zabezpečili Vaše zařazení do seznamu ordinace, musíte jí odevzdat tento vyplněný formulář.

Děti do 16 let.

Tento formulář může být rovněž použit pro registraci osob mladších 16 let, které bydlí společně s žadatelem a jejichž jméno a datum narození je uvedeno v části A.

Kde zařazení do seznamu ordinace je požadováno, tento formulář by měl být předán vybrané ordinaci. V jiném případě zašlete tento formulář na adresu:

The Director of Family Practitioner Service
Central Services Agency
2 Franklin Street
Belfast
BT2 8DQ

Přejete-li si zaregistrovat do registru dárců orgánů, vyplňte, prosím, prohlášení v části E

Prosím vemte na vědomí, že pokud nezamýšlíte zůstat ve Velké Británii natrvalo, potřebujeme údaje o délce Vašeho pobytu, jinak nebudeme schopni Vaši žádost vyřídit

PŘIHLÁŠKA K ZAHRNUTÍ NA SEZNAM ORDINACE A/NEBO REGISTRACE DO HEALTH SERVICE

Vyplňte, prosím, černým inkoustem a hůlkovým písmem.
Zaškrtnete příslušná políčka.

Část A: Detaily žadatele:

1. Oslovení Pan Paní Slečna Jiný Prosím, upřesněte

2. Příjmení

3. Další příjmení

4. Jméno

5. Datum narození Den Měsíc Rok

6. Země narození

7. Muž Žena

8. Kontaktní telefon

9. Adresa
.....
..... Směrovací číslo.....

10. Přejete-li si zaregistrovat osobu mladší 16 let, uveďte, prosím, následující údaje

Příjmení	*Mělo dítě jiné příjmení?	Jméno	Pohlaví	Datum Narození	Pro vnitřní účely

* Jestliže mělo dítě jiné příjmení, zašlete nám, prosím, vyplněný formulář GMF 153, který si můžete vyzvednout u Vašeho lékaře.

11. Uveďte jméno lékaře a adresu zvolené ordinace, pokud možno

.....
..... Směrovací číslo.....

12. Vlastnil již dříve žadatel zdravotní kartu v Severním Irsku?

Ano Ne

13. Předchozí adresa v Severním Irsku (jestliže existuje)

.....
..... Směrovací číslo.....

14. Jméno a adresa předchozího lékaře v Severním Irsku

..... Směrovací číslo.....

15. Vlastnil již dříve žadatel zdravotní kartu v Anglii, Skotsku či Walesu?

Ano Ne

16. Předchozí adresa v Anglii, Skotsku či Walesu (jestliže existuje) a datum, kdy tam žadatel bydlel.

..... Směrovací číslo.....
Datum: Od <input type="text"/> Do <input type="text"/>

17. Jméno a adresa předchozího lékaře v Anglii, Walesu a Skotsku (jestliže existuje)

..... Směrovací číslo.....

18. Platí žadatel na Social Security Contributions and Benefits (sociální pojištění)?

Ano Ne

19. Jestliže „ano“, uveďte, prosím, Vaše National Insurance číslo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

20. Jestliže neplatí, je žadatel manžel(ka) či osoba závislá na osobě, která platí sociální pojištění?

Ano Ne

21. Jestliže „ano“, uveďte, prosím, následující údaje o této osobě:

a. Jméno

b. Adresa

..... Směrovací číslo.....

c. Vztah k žadateli

d. National Insurance číslo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

e. Datum narození

22. Jestliže je žadatel momentálně nezaměstnaný, je registrován na Social Security jako „Jobseeker“?
Ano Ne

23. Jestliže ano, uveďte adresu Social Security kanceláře u které je žadatel zaregistrován

.....
..... Směrovací číslo.....

24. Bydlí žadatel od narození trvale ve Velké Británii?

Ano Ne

25. Jestliže ne, uveďte datum odchodu z Velké Británie

26. Uveďte datum posledního vstupu do Velké Británie

27. Uveďte, prosím, poslední trvalou adresu před vstupem do Velké Británie

.....
..... Směrovací číslo.....

28. Přibližné datum pobytu na této adrese: od

do

29. Důvod pro příchod do Velké Británie

.....

• **JESTLIŽE JSTE AZYLANT, PŘILOŽTE, PROSÍM, DŮKAZ, ŽE JSTE POŽÁDALI O AZYL NA IMMIGRATION SERVICE HOME OFFICE.**

• **PRO OSTATNÍ ŽADATELE Z NEEVROPSKÝCH ZEMÍ POTŘEBUJEME KOPII VAŠICH VÍZ NEBO PASU VELKÉ BRITÁNIE A KOPII VAŠEHO PRACOVNÍHO POVOLENÍ**

30. Jestliže je žadatel učitel, student, učitel na výměnném pobytu, žačka zdravotní sestry nebo nemocniční lékař, uveďte, prosím, jméno a adresu školy nebo nemocnice na níž pracujete, či kterou jste vystudoval(a) a funkci, kterou zastáváte.

.....

31. Má žadatel v úmyslu trvale zůstat ve Velké Británii?

Ano Ne

32. Jestliže „ne“, uveďte, prosím, předpokládanou délku pobytu ve Velké Británii od dnešního dne. (neurčito je nedostačující). Uveďte počet měsíců/let, jak dlouho máte v úmyslu zůstat, či předpokládaný datum odchodu. **Studenti – prosím uveďte měsíc a rok ukončení vašeho studijního kurzu.**

Uvědomte si, prosím, že Vaše registrace bude k tomuto datu automaticky zrušena. Jestliže se změní okolnosti ohledně vašeho plánovaného pobytu, kontaktujte *prosim* Central Services Agency.

.....

33. Udržuje si žadatel adresu mimo Velkou Británii?

Ano Ne

34. Jestliže ano, uveďte důvod

Část B: Vyplní pouze osoby, propuštěné z armády, kterým nebyl vydán, nebo které ztratili svůj propouštěcí formulář

35. Jednotka z níž byl žadatel propuštěn

36. Služební číslo

37. Datum propuštění

Jestliže byl žadatel před datem propuštění mimo Velkou Británii, musí vyplnit otázku 25 v části A.

Část C: Prohlášení (vyplní každý žadatel)

38. Prohlašuji, informace uvedené v tomto formuláři jsou kompletní a v pořádku a jsem si vědom(a) následků, jestliže tomu tak není.

Rozumím, že Central Services Agency může být právně zavázána k poskytnutí osobních dat uvedených na tomto formuláři zákonným orgánům za účelem prevence, odhalování a vyšetřování zločinu. Dále rozumím, že Agentura může také sdílet data s organizacemi zodpovědnými za poskytování zdravotních a pečovatelských služeb ve snaze ulehčit vedení těchto služeb, v souladu s uvědoměním pod Data Protection Act 1998.

Informace ve věci o ochraně a důvěrnosti dat může být obdržena od Agency's Data Protection Co-ordinator: 2 Franklin Street, Belfast BT2 8DQ, tel: 028 9053 5549

39. Podpis

40. Datum

Část D: Vyplní lékař, který je ochoten přijmout žadatele do svého seznamu.

Jestliže má žadatel nárok na poskytnutí služeb v rámci „General Medical Services“ (včetně osob mladších 16 let uvedených v část A) přijímám jej do svého seznamu.

41. Podpis lékaře

42. Datum

43. Registrační číslo lékaře

Část E: Dobrovolné dárcovství orgánů

44. NHS Organ Donation Registration-dobrovolné

Přeji si zaregistrovat své údaje na NHS Organ Donor Registru jako osoba, jejíž orgány-tkáně mohou být použity pro transplantaci po mé smrti. Prosím, zaškrtněte příslušná políčka.

Kterýkoliv organ Ledviny Játra Plíce Srdce Rohovka Slinivka břišní

Vstoupením do Registru dáváte souhlas, aby Vaše orgány-tkáně byly použity pro transplantaci a záchranění nebo prodloužení životů jiných po Vaší smrti. Pro více informací, prosím požádejte recepci o informační leták nebo navštivte webovou stránku www.uktransplant.org.uk nebo zavolejte na 0845 60 60 400.

45. Podpis pacienta

46. Datum

(Potvrzující souhlas dárcovství orgánů-tkání.)