



2 Franklin Street, Belfast BT2 8DQ Tel: 028 9032 4431 Fax: 028 9053 5643  
WEB: www.centralservicesagency.n-i.nhs.uk

**PODANIE O WŁĄCZENIE NA LISTĘ PRAKTYKI LEKARSKIEJ  
ORAZ/LUB O REJESTRACJĘ W SŁUŻBIE ZDROWIA**

**Centralna Agencja Usług ułatwia pacjentom rejestrację w Służbie Zdrowia i Opieki  
Społecznej w Irlandii Północnej**

**WSKAZÓWKI**

**Przed wypełnieniem tego formularza przeczytaj uważnie następujące wskazówki**

**Osoby, których dotyczy ten formularz**

Formularz ten musi być wypełniony przez lub w imieniu wszystkich osób (poza osobami wspomnianymi poniżej), które są aktualnie rezydentami na terenie Irlandii Północnej i chcą być zarejestrowane w Służbie Zdrowia w celu korzystania z ogólnych świadczeń medycznych, ogólnych świadczeń stomatologicznych oraz ogólnych świadczeń okulistycznych.

**Formularz nie dotyczy następujących osób:**

- Osoby rezydujące na terenie Irlandii Północnej, które zagubiły swoją ważną Kartę Medyczną Irlandii Północnej lub osoby, które przybyły do Irlandii Północnej rezydując wcześniej w Anglii, Szkocji lub Walii, mogą także użyć formularza HS200 w celu rejestracji u lekarza. Dostępny on jest we wszystkich przychodniach lekarskich a także pod adresami podanymi poniżej.
- Posiadacze Karty Rejestracyjnej Narodzin (HS123) wydanej przez Urzędnika Stanu Cywilnego po zarejestrowaniu narodzin dziecka. Jeżeli oryginał Karty Rejestracyjnej (HS123) został zgubiony, to powinien być wydany duplikat z Okręgowego Urzędu Stanu Cywilnego.
- Posiadacze formularza FP13 wydanego po zwolnieniu z Sił Zbrojnych Jej Wysokości.

W celu zapewnienia sobie miejsca na liście pacjentów, wypełniony formularz należy okazać w wybranej praktyce lekarskiej.

**Dzieci poniżej 16 roku życia**

Ten formularz może zostać użyty do zarejestrowania dzieci poniżej 16 roku życia rezydujących z aplikantem pod warunkiem, że pełne imiona i nazwiska dzieci oraz daty urodzenia zostaną wpisane w Części A.

Jeśli wymagane jest włączenie na listę lekarską, to poniższy formularz powinien być przedstawiony w wybranej praktyce lekarskiej. W innych przypadkach formularz ten powinien być wysłany na adres:

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

Jeśli chcesz by twoje nazwisko zostało wpisane do Rejestru Dawców Narządów Narodowej Służby Zdrowia to wypełnij oświadczenie w Części E.

**Prosimy zauważyć, że potrzebujemy danych dotyczących planowanego czasu pobytu, w przeciwnym wypadku twoje podanie nie zostanie przyjęte (chyba, że planujesz na stałe pozostać w Zjednoczonym Królestwie).**

## PODANIE O WŁĄCZENIE NA LISTĘ PRAKTYKI LEKARSKIEJ ORAZ/LUB O REJESTRACJĘ W SŁUŻBIE ZDROWIA

Proszę wypełnić czarnym długopisem i DRUKOWANYMI literami  
Zaznacz odpowiednie okienka

### Część A: Dane osobowe

1. Tytuł    Pan     Pani     Panna         Inny     proszę podać

2. Nazwisko     3. Poprzednie nazwisko/a

4. Imiona

5. Data urodzenia    dzień    miesiąc    rok  
       

6. Kraj urodzenia

7. Płeć:    Męska     Żeńska

8. Numer telefonu

9. Adres zamieszkania

.....  
 .....  
 .....    Kod Pocztowy    .....

10. Jeśli chciałbyś zarejestrować dzieci poniżej 16 roku życia rezydujące z osobą, której dane są powyżej, proszę o podanie danych dzieci poniżej

Nazwisko	*Czy dziecko było znane pod innym nazwiskiem? Tak/Nie	Imiona (pełne)	Płeć: Męska/Żeńska	Data urodzenia	Adnotacje Urzędowe

\* Jeśli dziecko było znane pod innym nazwiskiem to proszę wypełnić i wysłać do nas Formularz GMF153, który jest dostępny u twojego lekarza.

11. Proszę podać nazwisko lekarza i adres wybranej przychodni (jeśli dotyczy).

.....  
 .....  
 .....    Kod Pocztowy    .....

12. Czy aplikant posiadał wcześniej Kartę Medyczną na terenie Irlandii Północnej?

Tak     Nie

13. Poprzedni adres zamieszkania na terenie Irlandii Północnej (jeśli dotyczy):

.....  
 .....  
 .....    Kod Pocztowy    .....

14. Imię i nazwisko oraz adres poprzedniego lekarza na terenie Irlandii Północnej (jeśli dotyczy):

..... ..... Kod Pocztowy .....
-----------------------------------

15. Czy aplikant posiadał wcześniej Kartę Medyczną na terenie Anglii, Szkocji lub Walii?

Tak  Nie

16. Poprzedni adres zamieszkania w Anglii, Szkocji i Walii ((jeśli dotyczy) oraz daty pobytu pod tym adresem:.

..... ..... Kod Pocztowy .....
Daty: Od <input type="text"/> Do <input type="text"/>

17. Imię i nazwisko oraz adres ostatniego lekarza w Anglii i Walii (jeśli dotyczy):

..... ..... Kod Pocztowy .....
-----------------------------------

18. Czy aplikant płaci składki zdrowotne zgodnie z Aktem (Irlandii Północnej) z 1992 r. o Składkach Zdrowotnych i Zasiłkach?

Tak  Nie

19. Jeśli "Tak", proszę podać Numer Ubezpieczenia Społecznego (National Insurance Number)

<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. W przypadku niepłacenia składek zdrowotnych, czy aplikant jest małżonkiem/małżonką lub osobą będącą na utrzymaniu osoby która płaci składki zdrowotne na podstawie Aktu (Irlandii Północnej) z 1992 r. o Składkach Zdrowotnych i Zasiłkach?

Tak  Nie

21. Jeśli "Tak", proszę podać następujące informacje o tej osobie:

a. Imię

b. Adres

..... ..... Kod Pocztowy .....
-----------------------------------

c. Związek tej osoby z aplikantem

d. Numer Ubezpieczenia

e. Data urodzenia

22. Jeśli aplikant jest osobą niepracującą, to czy jest zarejestrowany w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Office) na terenie Irlandii Północnej jako osoba bezrobotna poszukująca pracy? Tak  Nie

23. Jeśli "Tak", proszę podać adres Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w którym aplikant jest zarejestrowany:

.....  
..... Kod Pocztowy .....

24. Czy aplikant zamieszkuje na terenie Zjednoczonego Królestwa nieprzerwanie od narodzin? Tak  Nie

25. Jeśli "Nie", proszę podać datę wyjazdu ze Zjednoczonego Królestwa, jeżeli to aplikanta dotyczy

.....

26. Proszę podać ostatnią datę przyjazdu na teren Zjednoczonego Królestwa

.....

27. Proszę podać ostatni stały adres zamieszkania przed przyjazdem do Zjednoczonego Królestwa

.....  
..... Kod Pocztowy .....

28. Przybliżone daty pobytu po tym adresem: od  do

29. Powód przyjazdu na teren Zjednoczonego Królestwa

.....

- JEŚLI JESTEŚ OSOBĄ STARAJĄCĄ SIĘ O AZYL, TO PROSZĘ DOŁĄCZYĆ DO TEGO FORMULARZA DOWÓD ŚWIADCZĄCY O TYM, ŻE ZŁOŻYŁEŚ/ŁAŚ APLIKACJĘ O AZYL W MINISTERSTWIE SPRAW WEWNĘTRZNYCH W DZIALE USŁUG IMIGRACYJNYCH.
- W PRZYPADKU INNYCH APLIKANTÓW SPOZA EUROPY NIEZBĘDNE JEST OKAZANIE KOPII WIZY LUB PASZPORTU BRYTYJSKIEGO I KOPII POZWOLENIA NA PRACĘ (JEŚLI DOTYCZY).

30. Jeśli aplikant jest instruktorem, studentem, asystentem językowym, nauczycielem z wymiany nauczycielskiej, pielęgniarzem/ką na praktyce lub lekarzem/ką w szpitalu, to proszę podać nazwę i adres uczęszczanego uniwersytetu, college'u, szkoły lub szpitala a także swoją pozycję

.....

31. Czy aplikant zamierza na stałe rezydować na terenie Zjednoczonego Królestwa?

Tak  Nie

32. Jeśli "Nie", proszę podać na jak długi czas aplikant zamierza pozostać na terenie Zjednoczonego Królestwa od daty dzisiejszej. ("Nieokreślony" jest odpowiedzią niewystarczającą). Podaj liczbę miesięcy/lat, podczas których aplikant zamierza pozostać lub spodziewaną datę wyjazdu.

**Studenci-są proszeni o podanie roku i miesiąca zakończenia studiów.** Proszę zauważyć, że twoja rejestracja zostanie automatycznie anulowana po dacie wyjazdu podanej przez siebie. Proszę o kontakt z Centralną Agencją Usług jeśli zaistnieją jakieś zmiany.

.....

33. Czy aplikant zachowuje adres zamieszkania poza Zjednoczonym Królestwem?

Tak  Nie

34. Jeśli "Tak" to proszę wskazać powód

**Część B: Wypełniają tylko osoby po odbyciu Służby Wojskowej Jej Wysokości, którym nie wydano formularza zwalniającego bądź które zgubiły swój formularz zwalniający.**

35. Jednostka, z której nastąpiło zwolnienie

36. Numer wojskowy

37. Data zwolnienia

Jeśli aplikant był poza Zjednoczonym Królestwem od czasu zwolnienia, to należy również wypełnić pytanie 26 w Części A.

**Część C: Oświadczenie (wypełniają WSZYSCY aplikanci)**

38. Oświadczam, że informacje, które podałem w tym formularzu są poprawne i kompletne oraz rozumiem, że w przeciwnym wypadku zostaną podjęte odpowiednie działania.

Rozumiem, że Centralna Agencja Usług może posiadać prawny obowiązek ujawnienia danych osobowych zawartych w tym formularzu odpowiednim służbom państwowym w celach zapobiegania i wykrywania przestępstw oraz przeprowadzania dochodzeń. Dodatkowo, agencja może dzielić się moimi danymi z innymi organizacjami odpowiedzialnymi za dostarczanie usług zdrowia i opieki społecznej w celu ułatwienia zarządzania tymi usługami, zgodnie z postanowieniami Aktu o Ochronie Danych osobowych z 1998 roku.

**Informacje na temat ochrony danych osobowych oraz poufności uzyskać można od Koordynatora d/s Ochrony Danych Osobowych agencji: 2 Franklin Street, Belfast BT2 8DQ, telefon 028 90535549.**

39. Podpis

40. Data

**Część D: Wypełnia lekarz wpisujący aplikanta na swoją listę**

Zgadzam się, aby ta osoba została zarejestrowana (oraz dzieci poniżej 16 roku życia wpisane w Części A) przez włączenie na moją listę pacjentów, pod warunkiem, że osoba ta jest upoważniona do otrzymywania Ogólnych Świadczeń Medycznych.

41. Podpis lekarza

42. Data

43. Kod lekarza

**Część E : Dobrowolna zgoda na darowanie organów**

44. **Chciałbym zarejestrować się w Narodowej Służbie Zdrowia w Rejestrze Dawców Organów (NHS Organ Donor Register) jako osoba, której organy ciała/tkanki mogą zostać użyte do celów transplantacyjnych po śmierci. Zaznacz odpowiednie okienko poniżej:**

Jakikolwiek organ/tkanka  Nerki  Wątroba  Płuca  Serce  Rogówka  Trzustka

Poprzez przyłączenia się do rejestru dawców wyrażasz zgodę na wykorzystanie organów/tkanek po twojej śmierci. Zostaną one użyte dla ratowania życia lub wspomoczenie zdrowia innych. Szczegółowe informacje można znaleźć w ulotce dostępnej w recepcji, na stronie internetowej

[www.uktransplant.org.uk](http://www.uktransplant.org.uk) lub dzwoniąc pod numer 0845 6060400.

45. Podpis

46. Data

(Potwierdzenie zgody na zostanie dawcą organów/tkanek.)