

2 Franklin Street, Belfast BT2 8DQ Tel: 028 9032 4431 Fax: 028 9053 5643  
WEB: <http://www.hscbusiness.hscni.net/>

**ŽIADOSŤ O ZARADENIE DO ZOZNAMU ORDINÁCIE A/ALEBO REGISTRÁCIA  
SO ZDRAVOTNÝMI SLUŽBAMI**

**Centrálne Agentúra Služieb dohliada na registráciu pacientov so Zdravotnými a Sociálnymi  
Službami v Severnom Írsku**

**Pomocné poznámky**

Prosím prečítajte si pozorne nasledujúce poznámky pred tým ako vyplníte formulár  
Prosím zoberte do úvahy, že na zaistenie vášho zaradenia do zoznamu ordinácie, má byť vyplnený  
formulár podaný na akceptovanie vybranej ordinácii.

**Osoby od ktorých sa vyžaduje vyplnenie formuláru**

Tento formulár musí byť vyplnený osobami alebo v splnomocnení osôb (okrem tých, ktorí sú  
spomenutí nižšie), ktorý si želajú registrovať sa v Zdravotnom systéme v Severnom Írsku  
u všeobecného lekára a/alebo Všeobecného zubára a Všeobecného očnému lekára a ktorý  
v súčasnosti žijú v Severnom Írsku.

**Osoby od ktorých sa nevyžaduje vyplnenie formuláru**

- Osoby žijúce v Severnom Írsku ktoré stratili platnú Severoírsku zdravotnú kartu alebo osoby ktoré  
prišli do Severného Írska priamo potom ako žili v Anglicku, Škótsku alebo Walesu tiež použijú  
formulár HS200 na zaregistrovanie sa s doktorom. Tento formulár je dostupný z ktorejkoľvek  
lekárskej ordinácie alebo z adresy uvedenej nižšie.
- Držitelia Novorodeneckého registračného formuláru (HS123) vydaného Registrom pri príležitosti  
narodenia. Ak bol originál Novorodeneckého registračného formuláru (HS123) stratený , duplikát  
je možné získať z Okresnej kancelárie registra.
- Držitelia formuláru FP13 vydaného pri prepustení z nemocničného ošetrovania.

Na zabezpečenie zaradenia do zoznamu ordinácie, vyplnený formulár by mal byť odovzdaný vybranej  
ordinácii na posúdenie.

**Děti do 16 let.**

Tento formulár môže byť použitý na registráciu detí, ktoré majú menej ako 16 rokov a bývajú spolu so  
žiadateľom v prípade, že budú v časti A vyplnené celé mená a dátumy narodenia detí.

Ak žiadate o zaradenie do zoznamu ordinácie tento formulár by mal byť odovzdaný vybranej ordinácii.  
V iných prípadoch by mal byť formulár poslaný na nasledujúcu adresu :

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

Ak si želáte, aby vaše meno bolo zaradené v registri darcov orgánov, prosím vyplňte časť E.

Prosím berte do úvahy, že pokiaľ neplánujete zostať natrvalo vo Veľkej Británii, potrebujeme vedieť  
ako dlho plánujete zostať, inak nie sme schopní pokračovať s vašou žiadosťou.

## ŽIADOSŤ O ZARADENIE DO ZOZNAMU ORDINÁCIE A/ALEBO REGISTRÁCIA SO ZDRAVOTNÝMI SLUŽBAMI

Prosím vyplňte čiernym perom a veľkými písmenami.  
Vhodné začiarknite

### Časť A : Údaje žiadateľa

1. Oslovenie Pán  Pani  Slečna   Iné  Prosím upresnite

2. Priezvisko  3. Predchádzajúce priezvisko(á)

4. Prvé mená

5. Dátum narodenia Deň Mesiac Rok

6. Krajina narodenia

7. Muž  Žena  8. Telefónne číslo cez deň

9. Adresa   
.....  
..... PSČ .....

10. Ak si želáte zaregistrovať deti pod 16 rokov, ktoré bývajú s vyššie spomenutou osobou, prosím vyplňte nasledujúce:

Priezvisko	*Používalo dieťa nejaké iné priezvisko? áno/nie	Prvé mená (celé znenie)	Muž/žena	Dátum narodenia	Pre úradné záznamy

\* Ak dieťa používalo iné priezvisko, prosím vyplňte a pošlite nám formulár GMF153, ktorý je dostupný u vášho lekára.

11. Uveďte meno lekára a adresu vybranej ordinácie, ak nejakú

.....  
..... PSČ .....

12. Bola žiadateľovi niekedy vydaná zdravotná karta v Severnom Írsku?

Áno  Nie

13. Predchádzajúce adresy v Severnom Írsku (ak nejaké)

.....  
..... PSČ .....

14. Meno a adresa bývalého doktora v Severnom Írsku (ak nejaký)

..... ..... PSČ .....
--------------------------

15. Bola žiadateľovi v minulosti vydaná Zdravotná karta v Anglicku, Škótsku alebo vo Walese ?

Áno  Nie

16. Predchádzajúce adresy v Anglicku, Škótsku a Walese (ak nejaké) a dátumy kedy tam žiadateľ býval.

..... ..... PSČ .....
Dátumy: Od <input type="text"/> Do <input type="text"/>

17. Meno a adresa bývalého doktora v Anglicku, v Škótsku a Walese (ak nejaký)

..... ..... PSČ .....
--------------------------

18. Platí žiadateľ príspevky podľa vyhlášky o Prispievaní do systému v Severnom Írsku (1992)?

Áno  Nie

19. Ak „áno“ prosím napíšte číslo poistenca

<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. Ak neplatí príspevky, je žiadateľ závislou osobou alebo manželom/manželkou osoby platiacej príspevky podľa vyhlášky o Prispievaní do systému v Severnom Írsku?

Áno  Nie

21. Ak áno napíšte prosím informácie o tejto osobe:

a. Meno

b. Adresa

..... ..... PSČ .....
--------------------------

c. Vzťah k žiadateli

d Číslo poistenca

<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. Dátum narodenia

22. Ak nezamestnaný, je žiadateľ registrovaný so Sociálnym Úradom v Severnom Írsku ako „hľadajúci zamestnanie“ (jobseeker)? Áno  Nie

23. Ak áno, napíšte prosím adresu Sociálneho úradu, kde je žiadateľ registrovaný

.....  
..... PSČ .....

24. Býval žiadateľ od narodenia stále v Spojenom kráľovstve Veľkej Británie a Severného Írska? Áno  Nie

25. Ak nie, prosím napíšte dátum odchodu zo Spojeného kráľovstva Veľkej Británie a Severného Írska

.....

26. Uvedte najnedávnejší dátum vstupu do Spojeného kráľovstva

.....

27. Prosím uvedte poslednú adresu trvalého pobytu pred príchodom do Spojeného kráľovstva

.....  
..... PSČ .....

28. Približné dátumy kedy ste tam žili:

od

.....

do

.....

29. Dôvod príchodu do Spojeného kráľovstva

.....

- AK STE ŽIADATEĽ O AZYL PRIPOJTE PROSÍM K TEJTO ŽIADOSTI DÔKAZ O VAŠEJ ŽIADOSTI IMIGRAČNÉMU ÚRADU MINISTERSTVA VNÚTRA O UDELENIE AZYLU
- OD ŽIADATEĽOV Z KRAJÍN KTORÉ NIE SÚ V EURÓPSKEJ ÚNII POTREBUJEME KÓPIU VÍZ ALEBO PAS VEĽKEJ BRITÁNIE A KÓPIU ICH PRACOVNÉHO POVOLENIA, AK SA TO NA NICH VZŤAHUJE.

30. Ak je žiadateľ inštruktor, študent, jazykový asistent, učiteľ na výmennom pobyte, zdravotná sestra – praktička alebo doktor v nemocnici, prosím uvedte názov a adresu univerzity, akadémie, školy alebo nemocnice, ktorú navštevuje a funkciu, ktorú vykonáva

.....

31. Plánuje žiadateľ natrvalo zostať v Spojenom kráľovstve?

Áno  Nie

32. Ak 'NIE', uvedte prosím odhadovanú dĺžku zamýšľaného pobytu žiadateľa vo Veľkej Británii od dnešného dátumu. ("Neurčito" nie je dostačujúce). Uvedte počet mesiacov/rokov, ktoré žiadateľ zamýšľa zostať, alebo očakávaný dátum odchodu.

**ŠTUDENTI- prosím poskytnite mesiac a rok kedy ukončíte vaše štúdium.** Prosím berte do úvahy, že vaša registrácia bude automaticky zrušená po dátume odchodu, ktorý ste udali. Prosím kontaktujte Centrálnu Agentúru Služieb ak sa vaše okolnosti zmenia.

.....

33. Ponecháva si žiadateľ adresu mimo Spojeného kráľovstva?

Áno  Nie

34. Ak áno uveďte dôvod:

**Časť B: Musí byť vyplnené iba osobami, ktoré boli prepustené z nemocničného ošetrovania, ktorým nebol vydaný alebo bol stratený prepúšťací list**

35. Jednotka z ktorej Ste boli prepustený

36. Číslo služby

37. Dátum prepustenia

**Ak bol žiadateľ mimo Spojeného kráľovstva od dátumu prepustenia, otázka 26 časti A musí byť vyplnená.**

**Časť C: Vyhlásenie (musí byť vyplnené všetkými žiadateľmi)**

38. Vyhlasujem, že informácie, ktoré som podal na tomto formulári sú správne a kompletne a beriem na vedomie, že ak nie sú, môžu z toho byť vyvodené dôsledky

Súhlasím s tým, že Centrálna Agentúra Služieb môže byť legálne nútená predložiť osobné údaje zahrnuté v tomto formulári príslušným štátnym autoritám z dôvodu prevencie, odhalenia a vyšetrovania zločinu. Beriem tiež na vedomie, že Agentúra môže zdieľať tieto údaje s organizáciami zodpovednými za doručovanie zdravotných a opatrovateľských služieb za účelom dohľadania na riadenie týchto služieb, v súlade so zákonom o Ochrane Dát 1998.

**Informácie o ochrane údajov a dôverných záležitostiach môžu byť obdržané od koordinátora ochrany údajov Agentúry: 2 Franklin Street, Belfast BT2 8DQ, telefón 028 90535549.**

39. Podpis

40. Dátum

**Časť D: Musí byť vyplnená lekárom ochotným akceptovať žiadateľa na zaradenie do jeho/jej ordinácie:**

Akceptujem osobu na registráciu (a všetky deti pod 16 rokov vymenované v časti A) na zaradenie do mojej ordinácie, ak majú nárok na všeobecnú zdravotnú starostlivosť.

41. Podpis doktora

42. Dátum

43. Doktorov kód

**Časť E: Dobrovoľný súhlas k darovaniu orgánov**

**44. NHS (Národný Zdravotnícky Systém) Registrácia darovania orgánov**

**(dobrovoľná).** Želám si aby moje údaje boli zaregistrované v Zozname Národného Zdravotného Systému darovania orgánov, ako niekto koho orgány/tkaniva môžu byť použité na transplantáciu po smrti. Prosím začiarknite príslušné políčka.

Akýkoľvek orgán a tkanivo alebo

Obličky  Srdce  Pečeň  Rohovka  Pľúca  Pankreas

Zaradením sa na zoznam dávate váš súhlas ze vaše orgány a tkanivá budú použité na transplantáciu aby ste zachránili alebo zlepšili životy iných po vašej smrti. Na získanie viac informácií si prosím vypýtajte na recepcii informačný leták alebo navštívte internetovú stránku [www.uktransplant.org.uk](http://www.uktransplant.org.uk) prípadne zavolajte 0845 60 60 400.

45. Pacientov podpis

46. Datum

(Potvrdenie súhlasu na darovanie orgánov/tkanív)