

# Family doctor services registration

## Реєстрація на отримання послуг лікаря загальної практики

**Use this form for:**  
Використовуйте цю форму для:

Patient's application to join a family's doctor's list for self, child or someone who is unable to complete the form themselves  
Заява пацієнта про постанову на облік в клініці загальної практики для себе, дитини чи особи, яка не може заповнити форму самостійно

- 1 Reference box (optional)** Space to enter submission date of claim or the practice's own reference. NHS England may quote this reference in the event of a queried claim.  
**Поле посилання (необов'язково)** Місце для введення дати подання претензії або посилання на клініку. Національна служба охорони здоров'я (NHS) Англії може вказати це посилання у разі виникнення претензії.
- 2 NHS Number** Space has been provided for the new 10 digit NHS numbers. If unknown or prior to the new numbers being allocated to a patient please enter the existing NHS number. If neither is known please ensure the date of birth is entered.  
**Номер NHS** Передбачено місце для нових 10-значних номерів NHS. Якщо новий номер невідомий або ще не присвоєний пацієнтові, введіть існуючий номер NHS. Якщо жодне не відоме, переконайтеся, що введено дату народження.
- 3 Patient's signature** If forms are completed on behalf of the patient by the doctor or practice staff please ask patient/patient's representative to check all entries before signing the GMS1. This signature should only be requested on completion of the form.  
**Підпис пацієнта** Якщо форми заповнюються від імені пацієнта лікарем або персоналом клініки, попросіть пацієнта/представника пацієнта перевірити всі записи перед підписанням форми GMS1. Цей підпис потрібно запитувати лише після заповнення форми.
- 4 Ethnic group** The Covid-19 pandemic has had a disproportionate impact on people from ethnic minority communities. The NHS is committed to ensuring that the data we hold on patient ethnicity is timely and complete to help to deliver equality of opportunity for those who face health inequalities. Holding accurate data in primary care is an essential part of this work.  
**Етнічна група** Пандемія Covid-19 мала непропорційний вплив на людей з етнічних меншин. NHS прагне забезпечити своєчасність та повноту наявних у нас даних про етнічну приналежність пацієнтів, щоб допомогти забезпечити рівність можливостей для тих, хто стикається з нерівністю у сфері охорони здоров'я. Зберігання точних даних у первинній медико-санітарній службі є важливою частиною цієї роботи.
- 5 Practice code** The practice's unique identifying code assigned by NHS England.  
**Код клініки** Унікальний ідентифікаційний код клініки, призначений NHS Англії.
- 6 Authorised signature** Please ensure that the declaration is read before signing.  
**Авторизований підпис** Переконайтеся, що декларація прочитана перед підписанням.
- 7 Practice stamp (optional)** Space for practice stamp or for entering name of practice.  
**Штамп клініки (необов'язково)** Місце для штампа клініки або для введення назви клініки.
- 8 Supplementary questions (optional)** to help determine an overseas patient's eligibility to free NHS secondary healthcare.  
**Додаткові питання (необов'язково)** Щоб допомогти визначити право іноземного пацієнта на безкоштовну вторинну медичну допомогу NHS.
- 9 Patient Declaration** Where a patient completes the supplementary questions, please ask the patient to sign this section of the form. This signature should only be requested on completion of this section of the form.  
**Декларація пацієнта** Якщо пацієнт відповідає на додаткові питання, попросіть його підписати цей розділ форми. Цей підпис потрібно запитувати лише після заповнення цього розділу форми.
- 10 EU patients** Space for the patient to record details of their non-UK European Health Insurance Card, Provisional Replacement Certificate or indicate they are in possession of an S1 form (form to be requested by the practice where indicated).  
**Пацієнти з ЄС** Місце, де пацієнт може записати дані своєї європейської картки медичного страхування, виданої не Великобританією, тимчасового змінного сертифікату або вказати, що у нього є форма S1 (форма має бути запитана практикою, якщо зазначено).

**Patient's details**  
 Відомості про пацієнта *Please complete in BLOCK CAPITALS and tick  as appropriate*  
 Заповніть англійською **ВЕЛИКИМИ ЛІТЕРАМИ** та позначте  потрібне

Mr  Mrs  Miss  Ms  Mx  Other  Surname / Прізвище

Date of birth / Дата народження: DD MM YYYY First names / Ім'я

NHS No. / NHS №: **2** Previous surname(s) / Попередн(і) прізвище(а)

Male  Female  Town and country of birth / Місто та країна народження

Home address / Домашня адреса

Postcode / Поштовий індекс Telephone number / Номер телефону

**Please help us trace your previous medical records by providing the following information**  
 Допоможіть нам відслідкувати ваші попередні медичні записи, надавши таку інформацію

Your previous address in UK / Ваша попередня адреса у Великобританії Name of previous GP practice while at that address / Назва попередньої клініки загальної практики за цєю адресою

Address of previous GP practice / Адреса попередньої клініки загальної практики

**If you are from abroad / Якщо ви з-за кордону**  
 Your first UK address where registered with a GP / Перша адреса у Великобританії, де ви були на обліку у лікаря загальної практики

If previously resident in UK, date of leaving / Якщо ви раніше проживали у Великобританії дата виїзду Date you first came to live in UK / Дата вашого першого приїзду до Великобританії

**Were you ever registered with an Armed Forces GP**  
 Чи були ви коли-небудь на обліку у лікаря загальної практики Збройних Сил?

Please indicate if you have served in the UK Armed Forces and/or been registered with a Ministry of Defence GP in the UK or overseas: Regular  Reservist  Veteran  Family Member (Spouse, Civil Partner, Service Child)  
 Вкажіть, чи служили ви в Збройних силах Великобританії та/або були на обліку у лікаря загальної практики Міністерства Оборони у Великобританії чи за кордоном: Кадровик  Резервіст  Ветеран  Член сім'ї (дружина, цивільний партнер, дитина)

Address before enlisting / Адреса перед вступом на службу: Postcode / Поштовий

Service or Personnel number: Enlistment date: DD MM YY Discharge date: DDMMYY (if applicable)  
 Військовий або табельний номер: Дата вступу на службу: DD MM YY Дата демобілізації: DDMMYY (якщо застосовно)

*Footnote: These questions are optional and your answers will not affect your entitlement to register or receive services from the NHS but may improve access to some NHS priority and services charities services.*  
 Примітка: Ці запитання є необов'язковими, і ваші відповіді не вплинуть на ваше право стати на облік чи отримувати послуги від NHS, але можуть покращити доступ до деяких пріоритетних і благодійних послуг NHS.

**If you need your doctor to dispense medicines and appliances\***  
 Якщо вам потрібно, щоб лікар видавав ліки та прилади\*

I live more than 1.6km in a straight line from the nearest chemist / Я живу на відстані більше 1,6 км по прямій від найближчої аптеки, I would have serious difficulty in getting them from a chemist / Мені було б дуже важко отримати їх у аптеці

Signature of Patient / Підпис пацієнта **3** Signature on behalf of patient / Підпис від імені пацієнта

Date / Дата: / /

**What is your ethnic group? / До якої етнічної групи ви належите?**  
 Please tick one box that best describes your ethnic group or background from the options below:  
 Позначте одне поле, яке найкраще описує вашу етнічну групу або походження з наведених нижче варіантів:

White:  British  Irish  Indian  Pakistani  Bangladeshi  Other  Polish

Mixed:  White and Black Caribbean  White and Black African  White and Asian  Other  Black British  Other  Black British (please write in:)

Asian or Asian British:  Indian  Pakistani  Bangladeshi  Other  Asian British (please write in:)

Black or Black British:  Caribbean  African  Somali  Nigerian  Other  Black British (please write in:)

Other ethnic group:  Chinese / Китайське  Filipino / Філіппінське

**Not stated: / Не зазначено:**   
 Not Stated should be used where the PERSON has been given the opportunity to state their ETHNIC CATEGORY but chose not to.  
 «Не зазначено» слід використовувати, коли ОСОБІ було надано можливість вказати свою ЕТНІЧНУ ПРИНАЛЕЖНІСТЬ, але вона вирішила цього не робити.

NHS England use only / Використовується лише NHS Англії Patient registered for / Пацієнт став на облік для

GMS  Dispensing  Other

062021\_006 Product Code: **GMS1**  
 062021\_006 Код препарату: **GMS1**

**To be completed by the GP Practice / Заповнюється лікарем загальної практики**

Practice Name / Назва клініки Practice Code / Код клініки **5**

I have accepted this patient for general medical services on behalf of the practice / Я приймаю цього пацієнта для надання загальних медичних послуг від імені клініки **5**

I will dispense medicines/appliances to this patient subject to NHS England approval. / Я видаватиму ліки/прилади цьому пацієнту за умови схвалення NHS Англії.

**Practice Stamp / Штамп клініки**  
**7**

Authorized Signature / Авторизований підпис **6** Date / Дата: / /

**SUPPLEMENTARY QUESTIONS** – These questions and the patient declaration are optional and your answers will not affect your entitlement to register or receive services from your GP.  
**ПОДАТКОВІ ПИТАННЯ** – Ці запитання та декларація пацієнта не є обов'язковими, і ваші відповіді не вплинуть на ваше право стати на облік або отримати послуги лікаря загальної практики.

**PATIENT DECLARATION for all patients who are not ordinarily resident in the UK**  
**ДЕКЛАРАЦІЯ ПАЦІЄНТА для всіх пацієнтів, які не є звичайними резидентами Великобританії**  
 Anybody in England can register with a GP practice and receive free medical care from that practice. / Будь-яка особа в Англії може зареєструватися у клініці загальної практики та отримати безкоштовну медичну допомогу в цій клініці.

However, if you are not 'ordinarily resident' in the UK you may have to pay for NHS treatment outside of the GP practice. Being ordinarily resident broadly means living lawfully in the UK on a properly settled basis for the time being. / Однак, якщо ви не є звичайним резидентом Великобританії, вам, можливо, доведеться платити за лікування NHS поза клініку загальної практики. Бути звичайним резидентом у широкому сенсі означає жити на законних підставах у Великобританії в даний час. У більшості випадків громадяни країни, які не входять до Європійської економічної зони, також повинні мати статус «безстрокового дозволу на перебування» у Великобританії.

Some services, such as diagnostic tests of suspected infectious diseases and any treatment of those diseases are free of charge to all people, while some groups who are not ordinarily resident here are exempt from all treatment charges.  
 Деякі послуги, такі як діагностичні тести на підозрювані інфекційні захворювання та будь-яке лікування цих захворювань, є безкоштовними для всіх людей, в той час як деякі групи, які не є звичайними резидентами, звільнені від усього збору за лікування. Більше інформації про звільнення, звідки можна отримати та інші деталі послуг NHS можна знайти в листівці для візитерів/мігрантів, яку можна отримати у вашій лікарській практиці.

You may be asked to provide proof of entitlement in order to receive free NHS treatment outside of the GP practice, otherwise you may be charged for your treatment. Even if you have to pay for a service, you will always be provided with any immediately necessary or urgent treatment, regardless of advance payment.  
 Вам можуть попросити надати підтвердження права на отримання безкоштовного лікування NHS за межами клініки загальної практики, інакше з вас можуть стягнути плату за лікування. Навіть якщо вам доведеться заплатити за послугу, вам завжди нададуть будь-яке негайно необхідне чи термінове лікування, незалежно від передоплати.

The information you give on this form will be used to assist in identifying your chargeable status, and may be shared, including with NHS secondary care organisations (e.g. hospitals) and NHS Digital, for the purposes of validation, invoicing and cost recovery. You may be contacted on behalf of the NHS to confirm any details you have provided.  
 Інформація, яку ви надаєте в цій формі, використовуватиметься для визначення вашого платіжного статусу та може бути передана в тому числі, організаціям вторинної медичної допомоги NHS (наприклад, лікарням) і NHS Digital для цілей перевірки, виставлення рахунків і відшкодування витрат. З вами можуть зв'язатися від імені NHS, щоб підтвердити будь-яку інформацію, яку ви надали.

Please tick one of the following boxes / Позначте одне з наступних полів:  
 a)  I understand that I may need to pay for NHS treatment outside of the GP practice. / Я розумію, що мені, можливо, доведеться сплачувати лікування NHS поза межами клініки загальної практики.  
 b)  I understand I have a valid exemption from paying for NHS treatment outside of the GP practice. This includes for example, an EHC, or payment of the Immigration Health Charge ('the Surcharge'), when accompanied by a valid visa. I can provide documents to support this when requested / Я розумію, що маю дієне звільнення від оплати лікування NHS поза межами клініки загальної практики. Сюди входить: наприклад, карта ЕНІС або оплата іміграційного збору за медичне обслуговування (родовий збір) за наявності чинної візи. Я можу надати документи, що підтверджують це, за запитом.

I declare that the information I give on this form is correct and complete. I understand that if it is not correct, appropriate action may be taken against me.  
 Я заявляю, що інформація, яку я надаю у цій формі, є правильною та повною. Я розумію, що якщо вона неправильна, проти мене можуть бути вжиті відповідні заходи.

**A parent/guardian should complete the form on behalf of a child under 16.**  
**Батьки/опікуни повинні заповнити форму від імені дитини віком до 16 років.**

Signed: / Підпис: **9** Date: / Дата: DD MM YY / DD MM YY  
 Print name: / Ім'я друкованими літерами: Relationship to patient: / Відношення до пацієнта:  
 On behalf of: / Від імені:

**To be completed by the GP Practice / Заповнюється лікарем загальної практики**

Practice Name / Назва клініки Practice Code / Код клініки

**Complete this section if you live in an EU country, or have moved to the UK to study or retire, or if you live in the UK but work in another EEA member state. Do not complete this section if you have an EHC issued by the UK, you are a member of an EEA, or you have a pending application for citizenship of the UK.**  
**Заповніть цей розділ, якщо ви живете в країні ЄС, переїхали до Великобританії для навчання чи виходу на пенсію, або якщо ви живете у Великобританії, але працюєте в іншій державі-члені ЄСЗ. Не заповнюйте цей розділ, якщо ви маєте карту ЕНІС, видали Великобританією.**

Do you have a valid EHC or PRC? / У вас є ЕНІС, видана в:  Yes / Так  No / Ні

Valid/Видана:  Yes / Так  No / Ні

Country Code: / Код країни: <b>4</b>		
Name: / Прізвище: <b>5</b>		
Date of Birth: / Дата народження: <b>6</b>	DD MM YYYY / DD MM YYYY	
Personal Identification Number: / Особливий ідентифікаційний номер: <b>7</b>		
Identification number of the card: / Ідентифікаційний номер установи: <b>8</b>		
Expiry Date: / Дата закінчення терміну: <b>9</b>	DD MM YYYY / DD MM YYYY	
PRC validity period: / Термін дії PRC: <b>(a)</b>	From: / До: DD MM YYYY / DD MM YYYY	To: / До: DD MM YYYY / DD MM YYYY <b>(b)</b>

Please tick  if you have an S1 (e.g. you are retiring to the UK or you have been posted here by your employer for work or you live in the UK but work in another EEA member state). Please give your S1 form to the practice staff. **3**  
 Позначте  якщо у вас є S1 (наприклад, ви йдете на пенсію до Великої Британії, або ваш роботодавець направляє вас сюди для роботи, або ви живете у Великобританії, але працюєте в іншій державі-члені ЄСЗ). **Надайте форму S1 працівникам клініки.**

**How will your EHC/PRC/S1 data be used?** By using your EHC or PRC for NHS treatment costs your EHC or PRC data and GP appointment data will be shared with NHS secondary care (hospital) and NHS Digital solely for the purposes of cost recovery. Your clinical data will not be shared in the cost recovery process.  
**Як будуть використовуватися дані ЕНІС/PRC/S1?** При використанні ЕНІС або PRC для оплати лікування NHS ваші дані ЕНІС або PRC та дані про прийом у лікаря загальної практики будуть передані в систему вторинної медичної допомоги NHS (лікарням) та NHS Digital виключно з метою відшкодування витрат. Ваші клінічні дані не будуть передані в процесі відшкодування витрат.  
 Your EHC, PRC or S1 information will be shared with Business Service Authority for the purpose of recovering your NHS costs from your home country.  
 Інформація ЕНІС, PRC або S1 буде передана до Департаменту банко-послуг (Business Service Authority) з метою відшкодування витрат NHS вашою країною.

**10**

GMS1 practice record

GMS1 запис клініки

Reference / Посилання	Patient's name / Ім'я пацієнта	Date of Birth Дата народження	GMS / GMS	CHS / CHS	Dispensing Видання ліків	Rural practice Сільська клініка
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

Reference / Посилання	Patient's name / Ім'я пацієнта	Date of Birth Дата народження	GMS / GMS	CHS / CHS	Dispensing Видання ліків	Rural practice Сільська клініка
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						