

### Patient's details

#### Данные пациента

Please complete in BLOCK CAPITALS and tick  as appropriate  
 Заполняется на АНГЛИЙСКОМ ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ; поставьте  где необходимо

Mr Г-н   
  Mrs Г-жа   
  Miss Мисс   
  Ms Мс   
 Surname / Фамилия

Date of birth / Дата рождения:   
 First names / Имя (имена)

NHS No. / NHS №   
 Previous surname/s / Прежние фамилии

Male Муж.   
  Female Жен.   
 Town and country of birth / Город и страна рождения

Home address / Домашний адрес

Postcode / Индекс    Telephone number / Телефон

### Please help us trace your previous medical records by providing the following information

#### Помогите нам установить ваши медицинские данные, указав следующую информацию

Your previous address in UK / Предыдущий адрес в Великобритании   
 Name of previous GP practice while at that address / Название мед. практики во время проживания по этому адресу

Address of previous GP practice / Адрес предыдущей практики

### If you are from abroad / Если вы приехали из-за границы

Your first UK address where registered with a GP / Первый адрес в Великобритании, где вы были зарегистрированы у врача общей практики

If previously resident in UK, date of leaving / Если вы раньше проживали в Великобритании, дата отъезда   
 Date you first came to live in UK / Дата первого приезда на проживание в Великобританию

### Were you ever registered with an Armed Forces GP

#### Были ли вы когда-то зарегистрированы у врача вооруженных 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)

Укажите, служили ли вы в ВС Великобритании и/или были ли вы зарегистрированы у врача министерства обороны в Великобритании или за ее пределами:   
 Кадровый в/с   
 Резервист   
 Ветеран   
 Член семьи (Супруг/а, гражд. партнер, Ребенок военнослужащих)

Address before enlisting: / Адрес до зачисления на службу:

Postcode / Индекс

Service or Personnel number: ..... Enlistment date: DD MM YY   
 Discharge date: DDMMYY (if applicable)

Порядковый или личный номер: ..... Дата зачисления: ДД ММ ГГ   
 Дата демобилизации: ДД ММ ГГ (если применимо)

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 service charities services.

Примечание: Эти вопросы не являются обязательными и ваши ответы не повлияют на ваше право на регистрацию или получение услуг от NHS, но могут упростить доступ к некоторым приоритетным или благотворительным услугам NHS.

### If you need your doctor to dispense medicines and appliances\*

#### Если вам нужно, чтобы врач отпускал медицинские препараты или приборы\*

I live more than 1.6km in a straight line from the nearest chemist  
 Я живу на расстоянии более 1,6 км по прямой от ближайшей аптеки

I would have serious difficulty in getting them from a chemist  
 Мне будет очень затруднительно получать их в аптеке

\*Not all doctors are authorised to dispense medicines  
 Не все врачи вправе отпускать мед. препараты

Signature of Patient / Подпись пациента   
  Signature on behalf of patient / Подпись от имени пациента

Date / Дата:    /    /



**What is your ethnic group? / К какой этнической группе вы принадлежите?**

Please tick one box that best describes your ethnic group or background from the options below:  
 Поставьте галочку в одной из клеток ниже, лучше всего описывающей вашу этническую группу или происхождение:

**White:**  British  Irish  Irish Traveller  Traveller  Gypsy/Romany  Polish  
**Белая:**  Британец  Ирландец  Ирландский путешесв.  Кочевник  Цыган/ка  Поляк/чка

Any other white background (please write in): .....  
 Любая другая белая этническая группа (укажите):

**Mixed:**  White and Black Caribbean  White and Black African  White and Asian  
**Смешанная:**  Белая и черная карибская  Белая и черная африканская  Белая и азиатская

Any other Mixed background (please write in): .....  
 Любая другая смешанная этническая группа (укажите):

**Asian or Asian British:**  Indian  Pakistani  Bangladeshi  
**Азиатская или азиат.-британ.:**  Индиец/анка  Пакистанец/ка  Бангладешец/ка

Any other Asian background (please write in): .....  
 Любая другая азиатская этническая группа (укажите):

**Black or Black British:**  Caribbean  African  Somali  Nigerian  
**Черная или черно-британ.:**  Карибец/ка  Африканец/ка  Сомалиец/ка  Нигериец/ка

Any other Black background (please write in): .....  
 Любая другая черная этническая группа (укажите):

**Other ethnic group: / Другая этн. группа:**  Chinese / Китаец/янка  Filipino / Филиппинец/ка

Any other ethnic group (please write in): .....  
 Любая другая этническая группа (укажите):

**Not stated: / Не указано:**

Not Stated should be used where the PERSON has been given the opportunity to state their ETHNIC CATEGORY but chose not to.  
 Категория «Не указано» используется в случаях, когда ЧЕЛОВЕК имел возможность указать свою ЭТНИЧЕСКУЮ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ, но решил этого не делать.

**NHS England use only**  
**Только для NHS England**

Patient registered for  GMS  Dispensing  
 Пациент зарегистрирован для  перв. услуг  отпуска лекарств

**To be completed by the GP Practice / Для заполнения поликлиникой**

Practice Name / Название практики

Practice Code / Код практики

I have accepted this patient for general medical services on behalf of the practice  
Я принял/а данного пациента для оказания первичной медицинской помощи от имени практики

I will dispense medicines/appliances to this patient subject to NHS England approval.  
Я буду отпускать мед. препараты/приборы этому пациенту с согласия NHS England.

*I declare to the best of my belief this information is correct*  
*Я подтверждаю, что по моим сведениям эта информация верна*

Practice Stamp /  
Печать практики

Authorised Signature  
Подпись уполномоченного лица

Name / Имя

Date / Датае \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**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.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ** – Эти вопросы и декларация пациента не являются обязательными и ваши ответы не отразятся на вашем праве на регистрацию или получение услуг от врача общей практики.

**PATIENT DECLARATION for all patients who are not ordinarily resident in the UK**  
**ДЕКЛАРАЦИЯ ПАЦИЕНТА Для Всех пациентов, не являющихся обычными резидентами Великобритании**

Anybody in England can register with a GP practice and receive free medical care from that practice.

Любой житель Англии вправе зарегистрироваться в медицинской практике и получать в ней бесплатные медицинские услуги.

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. In most cases, nationals of countries outside the European Economic Area must also have the status of 'indefinite leave to remain' in the UK.

Но если вы не являетесь «обычным резидентом» Великобритании, вам, возможно, придется оплачивать медобслуживание за пределами практики. «Обычный резидент» обозначает законное проживание на территории Великобритании в настоящее время на фактически постоянном основании. В большинстве случаев граждане стран, не входящих в Европейскую экономическую зону, также должны иметь «постоянный вид на жительство» в Великобритании.

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.

Некоторые услуги, например, диагностические исследования при подозрении на наличие инфекционного заболевания, а также любое лечение таких заболеваний, предоставляется бесплатно всем лицам, в то время как некоторые группы, не являющиеся обычными резидентами, освобождаются от любой платы за лечение.

More information on ordinary residence, exemptions and paying for NHS services can be found in the Visitor and Migrant patient leaflet, available from your GP practice.

Дополнительную информацию об обычном резидентстве, исключениях и оплате услуг NHS можно найти в буклете для пациентов-туристов и мигрантов, доступном в вашей медицинской практике.

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.

Вас могут попросить предъявить доказательство права на получения бесплатной медицинской помощи в NHS за пределами вашей медицинской практики. В противном случае с вас возьмут плату за лечение. Даже если вам придется оплатить какую-либо услугу, вам всегда предоставят любое экстренно необходимое или неотложное лечение вне зависимости от внесения аванса.

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.

Информация, предоставляемая вами в настоящей форме, используется для определения вашего статуса плательщика, и может быть предоставлена, в частности, учреждениям стационарного мед. обслуживания NHS (т.е. больницам) и NHS Digital для проверки, выставления счетов и возмещения расходов. С вами могут связаться от имени NHS для подтверждения любых предоставленных вами данных. Просим поставить галочку в одной из приведенных ниже клеток:

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 понимаю, что с меня может взиматься плата за лечение в NHS за пределами практики
- b)  I understand I have a valid exemption from paying for NHS treatment outside of the GP practice. This includes for example, an EHIC, 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 понимаю, что имею обоснованное право на освобождение от обязанности по оплате лечения в NHS за пределами практики. Сюда относится, в частности, EHIC, оплата иммиграционного медицинского взноса (Доплата) в сочетании с действующей визой. Я могу представить документы для обоснования по требованию
- c)  I do not know my chargeable status / Я не знаю своего статуса плательщика

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, что информация, предоставленная мною в данной форме, является верной и полной. Я в курсе, что в случае предоставления неверной информации меня могут привлечь к ответственности в установленном порядке.

A parent/guardian should complete the form on behalf of a child under 16.



От имени ребенка младше 16 лет форму заполняет родитель/опекун.

Signed: / Подпись:		Date: / Дата:	DD MM YY / ДД ММ ГГ
Print name: / Имя печатными буквами:		Relationship to patient: / Отношения с пациентом:	
On behalf of: / От имени:			

## To be completed by the GP Practice / Для заполнения поликлиникой

Practice Name / Название практики

Practice Code / Код практики

<p><b>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 EHIC issued by the UK.</b>  <b>Заполните этот раздел, если вы проживаете в стране ЕС или переехали в Великобританию в целях учебы или после выхода на пенсию, или если вы проживаете в Великобритании, а работаете в другой стране ЕЭЗ. Не заполняйте, если у вас есть EHIC, выданная в Великобритании.</b></p>				
<p><b>NON-UK EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD (EHIC), PROVISIONAL REPLACEMENT CERTIFICATE (PRC) DETAILS and S1 FORMS</b>  <b>НЕБРИТАНСКАЯ ЕВРОПЕЙСКАЯ КАРТА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (EHIC), ВРЕМЕННЫЙ ПОВТОРНЫЙ СЕРТИФИКАТ (PRC) и ФОРМЫ S1</b></p>				
Do you have a <u>non-UK</u> EHIC or PRC? Есть ли у вас <u>небританская</u> EHIC или PRC?	YES: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> ДА: <input type="checkbox"/> НЕТ: <input type="checkbox"/>	If yes, please enter details from your EHIC or PRC below: Если да, укажите ниже данные своей EHIC или PRC:		
<div style="text-align: center;">  </div> <p><i>If you are visiting from another EEA country and do not hold a current EHIC (or Provisional Replacement Certificate (PRC))/S1, you may be billed for the cost of any treatment received outside of the GP practice, including at a hospital.</i>  <i>Если вы приехали с визитом из другой страны ЕЭЗ и у вас нет действительной EHIC (или Временного повторного сертификата (PRC))/S1, с вас могут взять плату за услуги, полученные за пределами практики, включая больничные</i></p>	Country Code:  Код страны:			
	3: Name Фамилия			
	4: Given Names Имя (имена)			
	5: Date of Birth Дата рождения	DD MM YYYY ДД ММ ГГГГ		
	6: Personal Identification Number Персональный идентификационный номер			
	7: Identification number of the institution Идентификационный номер учреждения			
	8: Identification number of the card Идентификационный номер карты			
	9: Expiry Date Срок действия	DD MM YYYY ДД ММ ГГГГ		
	PRC validity period Срок действия PRC	(a) From: (a) С:	DD MM YYYY ДД ММ ГГГГ	(b) To: (b) По:
<p>Please tick <input type="checkbox"/> 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). <b>Please give your S1 form to the practice staff.</b>  <b>Отметьте, <input type="checkbox"/> если у вас есть S1 (т.е. если вы планируете проживать в Великобритании на пенсии, или если вас направил сюда на работу ваш работодатель, или если вы живете в Великобритании, а работаете в другой стране-члене ЕЭЗ). <b>Передайте вашу форму S1 сотрудникам практики.</b></b></p>				
<p><b>How will your EHIC/PRC/S1 data be used?</b> By using your EHIC or PRC for NHS treatment costs your EHIC or PRC data and GP appointment data will be shared with NHS secondary care (hospitals) and NHS Digital solely for the purposes of cost recovery. Your clinical data will not be shared in the cost recovery process.  <b>Как используются данные ваших EHIC/PRC/S1?</b> При использовании EHIC или PRC для оплаты лечения в NHS данные вашей EHIC или PRC и данные о приемах у терапевта общей практики передаются в учреждения стационарного обслуживания NHS (больницы) или в NHS Digital исключительно в целях возмещения расходов. В процессе возмещения расходов ваши клинические данные не разглашаются.                  Your EHIC, PRC or S1 information will be shared with Business Service Authority for the purpose of recovering your NHS costs from your home country.                  Данные ваших EHIC, PRC или S1 передаются в Управление деловых услуг в целях возмещения затрат на ваше лечение в NHS страной вашего постоянного проживания.</p>				