

Family doctor services registration

Регистрация для получения услуг семейного врача

Use this form for:
Воспользуйтесь этой формой:

Patient's application to join a family's doctor's list for self, child or someone who is unable to complete the form themselves
Для подачи заявки пациента на постановку на учет у семейного врача от своего имени, от имени ребенка или лица, неспособного заполнить форму самостоятельно

- 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.
Справочное поле (необязательно) Место для даты заявки или регистрационного обозначения, принятого в практике. NHS England может указать данные регистрационные данные в случае оспаривания заявки.
- 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 Место для новых 10-значных номеров NHS. Если номер неизвестен или если пациенту еще не присвоен номер нового образца, укажите текущий номер NHS. Если не известно ни то, ни другое, укажите дату рождения.
- 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.
Подпись пациента Если формы заполняются от имени пациента врачом или сотрудниками практики, следует попросить пациента/представителя пациента проверить все пункты перед тем, как подписывать GMS1. Подпись должна быть предоставлена только после заполнения формы.
- 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.
Этническая группа Пандемия Covid-19 непропорционально отразилась на людях из этнических меньшинств. NHS стремится гарантировать актуальность и полноту данных, имеющихся у нас относительно этнического происхождения пациентов; это помогает нам обеспечивать равные возможности тем, кто сталкивается с неравенством в сфере здравоохранения. Точность данных в области первичной медицинской помощи является существенным аспектом этой работы.
- 5 **Practice code** The practice's unique identifying code assigned by NHS England.
Код практики Уникальный идентифицирующий код практики, присвоенный NHS England.
- 6 **Authorised signature** Please ensure that the declaration is read before signing.
Подпись уполномоченного лица Обязательно организуйте ознакомление с декларацией перед подписанием.
- 7 **Practice stamp (optional)** Space for practice stamp or for entering name of practice.
Печать практики (не обязательно) Место для печати практики или указания названия практики.
- 8 **Supplementary questions (optional)** to help determine an overseas patient's eligibility to free NHS secondary healthcare.
Дополнительные вопросы (не обязательные) для определения прав иностранного пациента на бесплатное стационарное обслуживание в 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.
Декларация пациента При заполнении дополнительных вопросов пациентом попросите пациента подписать данный раздел формы. Подпись ставится только после заполнения данного раздела формы.
- 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).
Пациенты из ЕС Поле, в котором пациенты должны указать данные своей небританской Европейской карты медицинского страхования, Временного повторного сертификата или сообщить о наличии у них формы S1 (при необходимости форму запрашивает практика).

Family doctor services registration
 Регистрация на услуги семейного врача

GMS1 1

Patient's details Please complete in BLOCK CAPITALS and tick as appropriate
Данные пациента Заполняется на АНГЛИЙСКОМ ЗАПЯТЫМИ БУКВАМИ, поставьте где необходимо

Mr Mrs Miss Ms Suriname / Фамилия
 M Ms Ms Ms

Date of birth / Дата рождения: [] [] / [] [] [] [] First names / Имя (имена)
 NHS No. / NHS №: [] [] [] [] [] [] [] [] Previous surnames / Превные 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 или были ли вы зарегистрированы у врача министерства обороны в Великобритании или за ее пределами: Кадровый а/с Резервист Ветеран Член семьи (Супруга, гражд. партнер, Ребенок военнослужащих)

Address before enlisting: / Адрес до зачисления на службу: _____

Service or Personnel number: _____ Enlistment date: DD MM YY / Discharge date: DD MM YY (if applicable)
 Порядковый или личный номер: _____ Дата зачисления: DD MM YY / Дата демобилизации: DD MM YY (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

Signature of Patient / Подпись пациента *Not all doctors are authorized to dispense medicines or appliances. Не все врачи вправе отпускать мед. препараты

Signature on behalf of patient / Подпись от имени пациента

_____ Date / Дата: ____ / ____ / ____

Family doctor services registration
 Регистрация на услуги семейного врача

GMS1

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 строк ниже, лучше всего описывающей вашу этническую группу или происхождение:

White: British Irish Irish Traveller Traveller Bangladeshi Pakistani Indian Bangladeshi Pakistani Indian Polish
Белая: Британец Ирландец Ирландский путешественник Кочевник Цыганка Бангладешец Пакистанец Индеец Бангладешец Индеец Польяк

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-британец: Индеец/инка 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-британец: Карибская 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/ка 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 / Пациент зарегистрирован для GMS перв. услуг Dispensing отпуска лекарств

062021_006 Product Code: GMS1
 062021_006 Код практики: GMS1

Family doctor services registration
 Регистрация на услуги семейного врача

GMS1

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/приняла 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 моему мнению сведения эта информация верна

Practice Stamp / Печать практики

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 получить 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.
 Если вы не являетесь «обычным резидентом» Великобритании, вам, возможно, придется оплачивать медицинское обслуживание 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 всеми 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-гостей 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 предоставить доказательства права на получение 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 платящегося, и может быть предоставлена, в частности, учреждениям стационарного мед. обслуживания NHS (т.е. больницами) 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 / Поставьте одну из следующих полей:

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 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 понимаю, что имею обоснованное право на освобождение от обязанности по оплате лечения в NHS за пределами практики. Сюда относятся, в частности, EHC, оплата иммиграционного медицинского взноса (Доплата) в сочетании с действующей визой. Я могу предоставить документы для обоснования по требованию

c) I do not know my chargeable status / Я не знаю своего статуса платящегося

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: _____ 9	Date: / Дата: _____	DD MM YY / DD MM TT
Print name: / Имя печатными буквами: _____	Relationship to patient: / Отношения с пациентом: _____	
On behalf of: / От имени: _____		

Family doctor services registration
 Регистрация на услуги семейного врача

GMS1

To be completed by the GP Practice / Для заполнения поликлиникой

Practice Name / Название практики: _____ Practice Code / Код практики: _____

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.
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 EЭЗ. Не заполняйте, если у вас есть EHC, выданная в Великобритании.

NON-UK EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD (EHIC), PROVISIONAL REPLACEMENT CERTIFICATE (PRC) DETAILS and S1 FORMS
НЕБРИТАНСКАЯ ЕВРОПЕЙСКАЯ КАРТА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (EHIC), ВРЕМЕННЫЙ ПОВТОРНЫЙ СЕРТИФИКАТ (PRC) и ФОРМЫ S1

Do you have a non-UK EHIC or PRC? / Есть ли у вас британская EHIC или PRC? YES: <input type="checkbox"/> DA: _____ NO: <input type="checkbox"/> NET: _____	If yes, please enter details from your EHIC or PRC below: / Если да, укажите ниже данные своей EHIC или PRC:	Country Code: <input type="text" value="GB"/> 3: Name / Фамилия: _____ 4: Given Names / Имя (имена): _____ 5: Date of Birth / Дата рождения: DD MM YYYY / DD MM TT 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 / DD MM TT
PRC validity period / Срок действия PRC: (a) From: DD MM YYYY / (a) C: DD MM YYYY (b) To: DD MM YYYY / (b) По: DD MM YYYY		

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.
 Если вы приехали с другим из другой страны EЭЗ и у вас нет действительной EHIC (или Временное повторное сертификата (PRC)/S1), с вас могут взять плату за услуги, полученные за пределами практики, включая больницы

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.
 Отметьте, если у вас есть S1 (т.е. если вы планируете проживать в Великобритании на пенсии, или если вы направили сюда на работу ваш работодатель, или если вы живете в Великобритании, а работаете в другой стране-члене EЭЗ). Передайте вашу форму S1 сотрудникам практики.

How will your EHIC/PRC/S1 data be used? / 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.
 Как используется данные ваших EHIC/PRC/S1? 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.

GMS1 practice record
 GMS1 для отметок практики

Reference / Справочный номер	Patient's name / Имя пациента	Date of Birth / Дата рождения	GMS / GMS	CHS / CHS	Dispensing / Отпуск лекарств	Rural practice / Семейная практика
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 / Справочный номер	Patient's name / Имя пациента	Date of Birth / Дата рождения	GMS / GMS	CHS / CHS	Dispensing / Отпуск лекарств	Rural practice / Семейная практика
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						