

APPLICATION TO REGISTER PERMANENTLY WITH A GENERAL MEDICAL PRACTICE

درخواست برای ثبت نام دائمی با یک روش پزشکی عمومی

| 1. PERSONAL DETAILS | 1. اطلاعات شخصی |
|--|---|
| Is this your first registration with a GP Practice in the UK? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | آیا این بار نخست شماست که در انگلستان با GP Practice ثبت نام می کنید؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر |
| Will you be in the area for more than 3 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | آیا بیش از 3 ماه در منطقه خواهید بود؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر |
| <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن |
| Date of birth | تاریخ تولد |
| Title (Mr, Ms, Mrs etc) | عنوان (آقای، بانو، خانم) |
| Surname | نام خانوادگی |
| Forenames | نام اول |
| Previous surname | نام خانوادگی قبلی |
| Address | نشانی |
| Postcode | کد پستی |
| Telephone | تلفن |
| Mobile | مبایل |
| Email address | نشانی ایمیل |
| The following information can be found on your current medical card: | اطلاعات فوق روی کارت طبی فعلی تان قابل دریافت است. |
| Community Health Index (CHI) number | شماره Community Health Index (CHI) |
| NHS number | شماره NHS |

| | |
|---|--|
| The following information can be found on your birth certificate | اطلاعات فوق در گواهینامه تولد تان قابل دریافت است |
| Town of birth | شهر تولد |
| Country of birth | کشور تولد |
| Registered district of birth (Scotland only) | منطقه ثبت شده تولد (فقط اسکاتلند) |
| Mother's maiden name | نام خانوادگی قبل از ازدواج مادر |
| 2. HELP US TO TRACE YOUR PREVIOUS GP HEALTH RECORDS BY PROVIDING THE FOLLOWING INFORMATION | 2. با ارائه اطلاعات زیر به ما در ردیابی پرونده های قبلی سلامت پزشک عمومی خود کمک کنید |
| Address in UK when you were last registered with a GP | نشانی تان در انگلستان در آخرین ثبت نام با پزشک عمومی |
| Postcode | کد پستی |
| Name and address of previous GP Practice in UK | نام و نشانی GP Practice قبلی در انگلستان |
| Postcode | کد پستی |
| If you are from abroad: | اگر شما از خارج هستید: |
| Date you first came to live in the UK | تاریخ ورود تان برای زندگی کردن در انگلستان |
| If previously resident in the UK, date of leaving | اگر قبلاً در انگلستان زندگی کرده اید، تاریخ خروج تان از انگلستان |
| Your most recent country of residence | کشوری که اخیراً در آن زندگی کرده اید |
| If you have served in the British Armed Forces | اگر در نیروهای مسلح انگلیس خدمت کرده اید |
| Service number | شماره خدمت |
| Enlistment date | تاریخ در آمدن به سربازی |

| | |
|---|--|
| Are you a Reservist? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | آیا شما سرباز رزرو هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر |
| Leaving date | تاریخ مرخصی |
| If Yes, provide your address before enlisting | اگر جواب مثبت باشد، نشانی تانرا قبل از رفتن به خدمت نظام ارائه دهید |
| Postcode | کد پستی |
| Is this your first registration with a GP since leaving the armed forces? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | آیا از زمانیکه نیروهای مسلح را ترک کرده اید، این نخستین بار تان است که خود را با یک پزشک عمومی ثبت نام می کنید؟ <input type="checkbox"/> آره <input type="checkbox"/> خیر |
| 3. VOLUNTARY AUTHORISATION FOR ORGAN OR TISSUE DONATION | 3. مجوز داوطلبانه برای اهدای سازمان یا بافت |
| You have a choice about organ or tissue donation after your death. To find out more about why it is important that you take the time to make your donation decision and record it, go to www.organdonationscotland.org | |
| شما می توانید بعد از مرگ در مورد اهدای عضو بدن یا بافت حق انتخاب داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چرا مهم است که برای تصمیم گیری در مورد اهداء عضو بدن خود وقت بگذارید و آن را ثبت کنید، به www.organdonationscotland.org بروید | |
| <input type="checkbox"/> Any of my organs and tissue OR my: <input type="checkbox"/> kidneys <input type="checkbox"/> eyes <input type="checkbox"/> heart <input type="checkbox"/> lungs <input type="checkbox"/> liver <input type="checkbox"/> pancreas <input type="checkbox"/> small bowel <input type="checkbox"/> tissue | <input type="checkbox"/> هر یک از اندام یا بافت بدن من یا اندام های زیر من <input type="checkbox"/> کلیه ها <input type="checkbox"/> چشم ها <input type="checkbox"/> قلب <input type="checkbox"/> ریه ها <input type="checkbox"/> کبد <input type="checkbox"/> لوزالمعده <input type="checkbox"/> روده کوچک <input type="checkbox"/> بافت |
| Note on tissue – heart valves and corneas come under the 'heart' and 'eyes' boxes respectively so the 'tissue' box covers donating other types of tissue, such as your tendons | نکته در مورد بافت - دریچه های قلب و قرنیه به ترتیب زیر جعبه های "قلب" و "چشم" قرار می گیرند، بنابراین جعبه "بافت" انواع دیگر بافت، مانند زردپی های شما را می پوشاند. |
| Patient signature | امضای بیمار |
| Date | تاریخ |

4. HOW WE USE INFORMATION**4. ما چگونه از اطلاعات استفاده می کنیم**

The information you have provided will be used by NHS Scotland to carry out its various functions and services including scheduling appointments, ordering tests, hospital referrals and sending correspondence.

اطلاعات ارائه شده توسط NHS اسکاتلند برای انجام وظایف و خدمات مختلف خود از جمله برنامه ریزی قرار ملاقات، سفارش آزمایش، ارجاع به بیمارستان و ارسال مراسلات مورد استفاده قرار می گیرد.

Your information, including your name, gender, date of birth and address, will be passed to NHS National Services Scotland where it will be held on the Community Health Index (CHI). This information is used to register you with the GP Practice, transfer your medical records between GP practices in the UK, make payments to GP Practices for medical services provided, and to process and issue medical exemption certificates and entitlement cards.

اطلاعات شما از جمله نام، جنسیت، تاریخ تولد و نشانی، به خدمات ملی NHS اسکاتلند منتقل می شود و در Community Health Index (CHI) نگهداری می شود. این اطلاعات برای ثبت نام شما در GP Practice انتقال سوابق پزشکی شما بین پزشکان عمومی در انگلستان، پرداخت هزینه خدمات پزشکی ارائه شده به پزشکان عمومی و پردازش و صدور گواهینامه های معافیت پزشکی و کارتهای حق استفاده می شود.

NHS National Services Scotland shares information about you within NHSScotland to assist in the provision and improvement of NHS services and the health of the public. When we do this, we do it as described by NHS Scotland in the NHS Inform website under the "How the NHS handles your personal health information" section.

خدمات ملی NHS اسکاتلند اطلاعات مربوط به شما را در NHSScotland به اشتراک می گذارد تا در ارائه و بهبود خدمات NHS و سلامت مردم کمک کند. هنگامی که ما این کار را انجام می دهیم، آن را همانطور که NHS اسکاتلند در وب سایت NHS Inform تحت بخش "چگونه NHS اطلاعات شخصی شما را مدیریت می کند" توضیح می دهیم.

NHS Scotland is made up of various organisations such as NHS Health Boards, GP practices, the Scottish Ambulance Service or NHS National Services Scotland (the common name of the Common Services Agency for the Scottish Health Service). These organisations are individually responsible for your personal health information. In terms of data protection and privacy laws, they are known as 'data controllers'.

NHS اسکاتلند متشکل از سازمان های مختلف مانند NHS Health Boards، پزشکان عمومی، خدمات آمبولانس اسکاتلند یا خدمات ملی NHS اسکاتلند (نام مشترک آژانس خدمات مشترک خدمات پزشکی اسکاتلند) است. این سازمانها به تنهایی مسئول اطلاعات شخصی سلامت شما هستند. از نظر قوانین حفاظت از اطلاعات و حریم خصوصی، آنها به عنوان "کنترل کننده اطلاعات" شناخته می شوند.

| | |
|---|---|
| Find out more about NHS Scotland in the link provided above. | |
| در پیوند ارائه شده در مورد NHS Scotland اطلاعات بیشتری کسب کنید. | |
| 5. PATIENT DECLARATION | 5. اعلامیه بیمار |
| I declare that the information I have given on this form is correct and complete. I understand that, if it is not, appropriate action may be taken. To enable NHS National Services Scotland to confirm my eligibility to lawfully register with a GP and for the purposes of prevention, detection, and investigation of crime, the minimum necessary information from this form could be disclosed to relevant authorities. | من اظهار می کنم که اطلاعاتی که در این فرم داده ام درست و کامل است. من میدانم که اگر چنین نباشد، ممکن است اقدامات مناسب علیه من انجام شود. برای اینکه خدمات ملی NHS اسکاتلند بتواند مجوز من را برای ثبت نام قانونی با پزشک عمومی تأیید کند و به منظور پیشگیری، تشخیص و تحقیق در مورد جرم، حداقل اطلاعات لازم از این فرم را می توان در اختیار مقامات مربوطه قرار داد. |
| I understand that more comprehensive information about how NHS Scotland handles my data is available from NHS Inform. | من می دانم که اطلاعات جامع تری در مورد نحوه مدیریت اطلاعات NHS اسکاتلند از NHS Inform در دسترس است. |
| This information can be provided in other languages and formats on request. The NHS Inform helpline provides an interpreting service. | این اطلاعات را می توان به زبان ها و قالب های دیگر در صورت درخواست ارائه کرد. خط راهنمای NHS Inform خدمات ترجمه ارائه می دهد. |
| Patient/Patient's representative signature | امضای نماینده بیمار |
| Date | تاریخ |
| Representative's name (if applicable) | نام نماینده (اگر موجود باشد) |
| Relationship to patient (if applicable) | پیوند با بیمار (اگر موجود باشد) |
| 6. FOR PRACTICE USE | 6. برای استفاده عملی |
| GP reference number | شماره مرجع پزشک عمومی |
| GP name | نام پزشک عمومی |
| Practice Code | کد استفاده عملی |
| Identification seen – do not take or retain photocopies | هویت دیده شده – فتوکپی نگیرید و نگه ندارید |

| | |
|--|---|
| Please initial each relevant box (it is recommended that at least one form of the identification is seen to positively identify the applicant although it is not mandatory to provide identification to register) | لطفاً هر باکس مربوطه را امضا کنید (توصیه می شود حداقل یک شکل از شناسه برای شناسایی مثبت متقاضی دیده شود، گرچه ارائه شناسه برای ثبت نام اجباری نیست) |
| <input type="checkbox"/> Birth certificate <input type="checkbox"/> Student ID card <input type="checkbox"/> Driving licence <input type="checkbox"/> Passport or HC2 certificate <input type="checkbox"/> Home Office app reg card <input type="checkbox"/> Other / None | <input type="checkbox"/> گواهینامه تولد <input type="checkbox"/> کارت شناسه دانش آموز <input type="checkbox"/> گواهینامه رانندگی <input type="checkbox"/> گذرنامه یا گواهینامه HC2 <input type="checkbox"/> کارت ثبت آپلیکیشن وزارت کشور <input type="checkbox"/> دیگر/هیچ |
| I accept this patient onto the practice list and declare that, to the best of my knowledge, this information is correct. I acknowledge that the details may be authenticated from appropriate records, and that payments generated from this patient registration will be subject to Payment Verification. | من این بیمار را در لیست عمل قبول دارم و اعلام می کنم طبق فهم من، این اطلاعات درست است. من تأیید می کنم که ممکن است جزئیات از سوابق مناسب تأیید شود و پرداختهای حاصل از این ثبت بیمار مشمول تأیید پرداخت خواهد بود. |
| Authorised Practice signature | امضای کلینیک مجاز |
| Date | تاریخ |
| 7. FOR OFFICIAL USE ONLY | |
| Input by | ورودی توسط |
| Checked by | بررسی شده توسط |
| Date | تاریخ |