

Grupė, Atstovaujanti Pacientų Interesus Liquorpond Poliklinikoje

Paciento paraiškos forma

KONTAKTINĖ INFORMACIJA

Titulas (prašome pabraukti): Ponas(Mr)/Ponia(Mrs)/Panelė(Miss)/Nežinoma(Ms)/Daktaras(Dr)/Kunigas(Rev)/kita.....

Vardas ir pavardė:

Adresas:

Pašto kodas:

Kontaktinis telefono Nr.:

El.pašto adresas:

PAPILDOMA INFORMACIJA

Papildoma informacija padės užtikrinti, kad mes galėtume susisiekti su kitomis užsiregistravusių pacientų atstovaujančiomis institucijomis. Visa pateikta informacija bus laikoma visiškai konfidenciali.

- * Ar esate slaugytojas/globėjas (t.y. ar prižiūrite kažką, kas dėl neįgalumo, ligos ar senatvės negali pasirūpinti savimi)? TAIP / NE
- * Ar jūs turite ilgalaikių sveikatos problemų, neįgalumą ar fizinių trūkumų? (Ilgalaikės sveikatos problemos reiškia bet ką, kas kėlė jums problemų per tam tikrą laikotarpį arba gali paveikti per tam tikrą laikotarpį) TAIP / NE
- * Jei „TAIP“, ar ši liga ar neįgalumas kaip nors riboja jūsų veiklą? TAIP / NE
- * Norint padėti mums užtikrinti, kad mūsų kontaktinis sąrašas atvaizduotų mūsų vietinę bendruomenę, prašome nurodyti, kuriai iš sekančių grupių jūs priklausote. **Prašome padėti varnelę tik viename langelyje.**

Baltaodis (-ė)

Britų

Airių

Kita baltaodžių etninė grupė (prašome nurodyti žemiau)

Mišri

Karibų baltaodis (-ė) ir juodaodis (-ė)

Afrikos baltaodis (-ė) ir juodaodis (-ė)

Azijietis (-ė) ir baltaodis (-ė)

Kita mišri etninė grupė (prašome nurodyti žemiau)

Kita etninė grupė

Kinas

Kita etninė grupė (prašome nurodyti žemiau)

Juodaodis (-ė) arba Britų Juodaodis (-ė)

Karibų

Afrikos

Kita juodaodžių etninė grupė (prašome nurodyti žemiau)

Azietis (-ė) arba Britų Azietis (-ė)

Indas

Pakistanietis

Bangladešas

Kita Azijiečių etninė grupė (prašome nurodyti žemiau)

Daugiau informacijos (jei taikoma)

- * Kiek apytiksliai turėjote apsilankymų poliklinikoje per pastaruosius 12 mėnesių?

Mažiau nei 2

Tarp 2 ir 9

10 ir daugiau

SUTIKIMAS

LABAI DĖKOJAME UŽ JŪSŲ PAGALBĄ. PRAŠOME PASIRAŠYTI ŠIĄ FORMĄ IR NURODYTI DATĄ.

Aš sutinku, kad poliklinika susisiektų su manimi paciento interesus atstovaujančios grupės klausimais (įskaitant el.paštu, jei el.paštas yra pateiktas viršuje)

Parašas:

Data: