

**Форум Пациентов поликлиники Liquorpond**  
Бланк заявления пациента

**КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ**

Титул (пожалуйста,выберите)                    Mr/Mrs/ Miss/Dr/Rev/Другое .....

Имя и фамилия                    .....

Адрес .....

Почтовый индекс                    .....

Номер телефона.....

Адрес электронной почты.....

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Эта дополнительная информация поможет убедиться в том,что мы пытаемся поговорить с репрезентативной группой пациентов, которые зарегистрированы в этой поликлинике. Вся информация будет храниться в строгой конфиденциальности.

\* Являетесь ли Вы опекуном (т.е. опекаете ли вы кого-либо, кто по инвалидности, болезни или в связи со старостью не может сам о себе позаботиться)? ДА / НЕТ

\* Страдаете ли Вы от какой-либо продолжительной болезни, инвалидности или физических дефектов? („продолжительный” означает что-либо, что беспокоит Вас на протяжении определённого периода времени или что-то, что ,скорее всего, повлияет на Вас в течение определённого периода времени) ДА / НЕТ

\* Если ДА, то ограничивает ли Вашу активность эта болезнь или инвалидность? ДА / НЕТ

\* Чтобы помочь нам убедиться в том, что наш список контактов является отображением местного сообщества, просим обозначить Вас к какой из перечисленных групп Вы принадлежите. **Пожалуйста,отметьте только в одном квадрате.**

**Белая раса**

Британец                   

Ирландец                   

Другой белый (пожалуйста, напишите подробнее ниже в дополнительной информации)                   

**Афро-американец или афро-американский британец**

Кариб                   

Африканец                   

Другой афро-американец (пожалуйста, напишите подробнее ниже в дополнительной информации)                   

**Смешанная раса**

Белый & чёрный кариб                   

Белый & чёрный африканец                   

Белый & азиат                   

Другая смешанная раса (пожалуйста, напишите подробнее ниже в дополнительной информации)                   

**Азиат или азиатский британец**

Индус                   

Пакистанец                   

Бангладеш                   

Другая азиатская раса (пожалуйста, напишите подробнее ниже в дополнительной информации)                   

**Другие этнические категории**

Китаец                   

Другая (пожалуйста, напишите подробнее в дополнительной информации)                   

**Дополнительная информация (если необходимо)**

\* Сколько раз Вы ходили на приём к врачу в поликлинику за последние 12 месяцев?

Меньше 2-ух раз                   

От 2-ух до 9-ти раз                   

10 или больше раз                   

**РАЗРЕШЕНИЕ**

**БОЛЬШОЕ СПАСИБО ЗА ВАШУ ПОМОЩЬ. ПОЖАЛУЙСТА, ПОДПИШИТЕ ЭТОТ БЛАНК И ПОСТАВЬТЕ ДАТУ.**

**Я разрешаю поликлинике связываться со мной по вопросам, связанным с Форумом Пациентов (включая по электронной почте, если я сообщил её адрес выше)**

Подпись: ..... Дата: .....