

Manylion y claf

Patient's details

Cwblhewch y rhan hon mewn PRIF LYTHRENNAU a thiciwch y blychau lle bo'n briodol
Please complete in BLOCK CAPITALS and tick as appropriate

Mr Mrs Miss Ms

Cyfenw
Surname

Dyddiad geni
Date of birth

Enwau cyntaf
Forenames

Rhif GIG
NHS No.

Cyfenw(au) blaenorol
Previous surname/s

Adnabyddir fel
Known Name

Gwryw
Male Benyw
Female

Tref a gwlad eich geni
Town and country of birth

Enw'ch mam cyn priodi
Mother's Maiden Name

Cyfeiriad presennol
Current address

Cod Post
Postcode

Rhif ffôn
Telephone number

Helpwch ni i olrhain eich cofnodion meddygol blaenorol drwy ddarparu'r wybodaeth ganlynol

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

Eich cyfeiriad blaenorol yn y DU, pan oeddech wedi'ch cofrestru gyda meddygfa meddyg teulu
Your previous address in the UK, whilst registered with a GP surgery

Enw'ch meddyg blaenorol pan oeddech yn y cyfeiriad hwnnw
Name of previous doctor while at that address

Cyfeiriad eich meddyg blaenorol
Address of previous doctor

Cod post
Post code

Os ydych o dramor

If you are from abroad

Eich cyfeiriad cyntaf yn y DU lle roeddech wedi cofrestru gyda meddyg teulu
Your first UK address where registered with a GP

Ydych chi erioed wedi cofrestru â Meddyg Teulu y GIG yn y DU?

Have you ever registered with a NHS GP in the UK?

Ydw
Yes Nac Ydw
No

Os oeddech yn arfer byw yn y DU, dyddiad gadael
If previously resident in the UK, date of leaving

Y dyddiad y daethoch gyntaf i fyw yn y DU
Date you first came to live in UK

Os ydych yn dod yn ôl o'r Lluoedd Arfog

If you are returning from the Armed Forces

Cyfeiriad cyn ymrestru
Address before enlisting

Rhif gwasanaeth neu bersonél, Rhif BFPO
Service or Personnel number, BFPO Number

Dyddiad ymrestru
Enlistment date

Dyddiad gadael
Discharge date

Os oes angen i'ch meddyg weinyddu meddyginiaeth a theclynnau meddygol*

If you need your doctor to dispense medicines and appliances*

* Nid oes awdurdod gan bob meddyg i weinyddu meddyginiaeth
* Not all doctors are authorised to dispense medicines

Rwy'n byw fwy na milltir mewn llinell syth oddi wrth y fferylllydd agosaf
I live more than 1 mile in a straight line from the nearest chemist

Byddai'n anodd dros ben i mi gael gfael arnynt gan fferylllydd
I would have serious difficulty in getting them from a chemist

Eithrio o Gofnod Iechyd Unigol y GIG

Rwy'n dymuno eithrio o'r Cofnod Iechyd Unigol ac atal staff meddygol sy'n darparu gofal brys rhag gweld fy ngwybodaeth feddygol allweddol. Rwyf wedi derbyn digon o wybodaeth i wneud dewis gwybodus ac rwy'n cydnabod y gallai eithrio fel hyn amharu ar fy ngofal iechyd. Mae rhagor o wybodaeth ar gael yn www.wales.nhs.uk/cofnodiechydunigol neu drwy ffonio Galw Iechyd Cymru ar 0845 46 47

NHS Individual Health Record Opt Out

I want to opt out of the Individual Health Record and prevent emergency care medical staff being able to access my key medical information. I have received enough information to make an informed decision and I acknowledge that opting out could be detrimental to my healthcare. Further information is available by visiting www.wales.nhs.uk/individualhealthrecord or by calling NHS Direct on 0845 46 47

Llofnod y claf
Signature of patient

Llofnod ar ran y claf
Signature on behalf of patient

Dyddiad _____ / _____ / _____
Date

Gweler trosodd ynghylch rhoi organau
Please see overleaf re: Organ donation

Cofrestru fel Rhoddwr Organau gyda'r GIG

NHS Organ Donor registration

Rwyf am gofrestru fy manylion ar Gofrestr Rhoi Organau'r GIG fel rhywun y gellir trawsblannu ei organau/meinwe ar ôl fy marwolaeth. Ticiwch y blychau perthnasol.

I want to register my details on the NHS Organ Donor Register as someone whose organs/tissue may be used for transplantation after my death. Please tick the boxes that apply.

- Unrhyw un o'm horganau a'm meinwe neu
Any of my organs and tissue or
- Arennau Kidneys
 Calon Heart
 Afu/lau Liver
 Cornbilennau Corneas
 Ysgyfaint Lungs
 Pancreas Pancreas
 Unrhyw ran o'm corff Any part of my body

Llofnod yn cadarnhau fy mod yn cytuno i roi organau/meinwe
Signature confirming my agreement to organ/tissue donation

Dyddiad _____ / _____ / _____
Date

I gael rhagor o wybodaeth, gofynnwch wrth y dderbynfa am daflen wybodaeth neu ewch i'r wefan www.uktransplant.org.uk neu ffoniwch 0300 123 23 23
For more information, please ask at the reception for an information leaflet or visit the website www.uktransplant.org.uk or call 0300 123 23 23.

Cofrestru fel Rhoddwr Gwaed gyda'r GIG

NHS Blood Donor registration

Hoffwn ymuno â Chofrestr Rhoi Gwaed y GIG fel rhywun y gellir cysylltu ag ef a byddwn yn barod i roi gwaed. Ticiwch yma os ydych wedi rhoi gwaed yn y 3 blynedd diwethaf

I would like to join the NHS Blood Donor Register as someone who may be contacted and would be prepared to donate blood. Tick here if you have given blood in the last 3 years

Llofnod yn cadarnhau fy nghaniatâd i gael fy nghynnwys ar Gofrestr Rhoi Gwaed y GIG
Signature confirming consent to inclusion on the NHS Blood Donor Register

Dyddiad _____ / _____ / _____
Date

I gael rhagor o wybodaeth, gofynnwch am y daflen ar ymuno â Chofrestr Rhoi Gwaed y GIG. Y cyfeiriad gorau i anfon gwybodaeth iddo yw: (dim ond os yw'n wahanol i'r uchod, ee eich gweithle)
For more information, please ask for the leaflet on joining the NHS Blood Donor Register. My preferred address for donation is: (only if different from above, e.g. your place of work)

Cod Post Postcode:

I'w gwblhau gan y meddyg To be completed by the doctor

Enw'r Meddyg
Doctors Name

Cod HB
HB Code

- Rwyf wedi derbyn y claf hwn ar gyfer gwasanaethau meddygol cyffredinol
I have accepted this patient for general medical services
- Rwyf wedi derbyn y claf hwn ar gyfer gwasanaethau meddygol cyffredinol ar ran y meddyg isod sy'n aelod o'r feddygfa hon
I have accepted this patient for general medical services on behalf of the doctor named below who is a member of this practice

Enw'r Meddyg, os yw'n wahanol i'r uchod
Doctors Name, if different from above

Cod HB
HB Code

- Byddaf yn gweinyddu meddyginiaethau/teclynnau meddygol i'r claf hwn yn amodol ar Gymeradwyaeth yr Awdurdod Iechyd
I will dispense medicines/appliances to this patient subject to Health Board Approval

Rwyf yn datgan bod yr wybodaeth hon, hyd y gwn i, yn gywir.
I declare to the best of my belief this information is correct.

Llofnod Awdurdodedig
Authorised Signature

Stamp y Feddygfa
Practice Stamp

Enw
Name

Dyddiad _____ / _____ / _____
Date