

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
Mothers 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
Postcode

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

Ydych chi erioed wedi gwasanaethu fel aelod o luoedd arfog ei mawrhydi?

Have you ever served in HM Armed Forces?

☐ Ydw
Yes

☐ Nac Ydw
No

Os ydych yn dod yn ôl o'r Lluoedd Arfog

If you are returning from the Armed Forces

Cyfeiriad cyn ymrestru
Address before enlisting

Dyddiad ymrestru
Enlistment date

Dyddiad gadael
Discharge date

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

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 mwy na milltir mewn llinell syth oddi wrth y fferyllydd agosaf
I live more than 1 mile in a straight line from the nearest chemist

☐ Byddai'n anodd dros ben i mi gael gafael arnynt gan fferyllydd
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

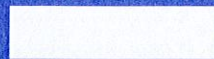
☐ Ticiwch y blwch yma os hoffech chi dderbyn gohebiaeth oddi wrthym yn y Gymraeg
Please tick this box if you wish to receive correspondence from us in Welsh

☐ 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



I'w gwblhau gan y meddyg

To be completed by the doctor

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

Enw
NameDyddiad ____ / ____ / ____
DateStamp y Feddygfa
Practice Stamp