

### 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

<input type="checkbox"/> Mr	<input type="checkbox"/> Mrs	<input type="checkbox"/> Miss	<input type="checkbox"/> Ms	Cyfenw Surname
Dyddiad geni Date of birth				Enwau cyntaf Forenames
Rhif GIG	Cyfenw(au) blaenorol Previous surname/s			Adnabyddir fel Known Name
NHS No.	Tref a gwlad eich geni Town and country of birth			Enw'ch mam cyn priodi Mothers Maiden Name
<input type="checkbox"/> Gwryw Male	<input type="checkbox"/> Benyw Female	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

Ydw  
Yes

Nac Ydw  
No

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

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

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 fferylllydd agosaf  
I live more than 1 mile in a straight line from the nearest chemist

Byddai'n anodd dros ben i mi gael gadael 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](http://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](http://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 practice

Enw'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

Stamp y Feddygfa  
Practice Stamp

Enw  
NameDyddiad \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Date