



**Grŵp Meddygol
Ystwyth
Medical Group**

www.ystwythmedicalgroup.co.uk

Parc y Llyn
Aberystwyth
Ceredigion
SY23 3TL

Tel: 01970 613500
Fax: 01970 613505

Annwyl

Amgaeir ffurflen i ddiweddarau'r wybodaeth sydd orau gennych.

Byddem yn ddiolchgar petaech yn dychwelyd y ffurflen hon wedi'i chwblhau atom cyn gynted â phosibl.

Gallwch ddychwelyd y ffurflen;

- drwy'r post
- trwy ei ddychwelyd i'r feddygfa (blwch post y feddygfa drws nesaf i'r prif ddrws)
- drwy e-bost, i contact.w92025@wales.nhs.uk

Gallwch hefyd atodi dogfennau newid enw, er enghraifft copi o'ch trwydded briodas, datganiad newid enw, neu weithred newid enw.

Cyn gynted y byddwn yn derbyn y wybodaeth yma gallwn sicrhau bod eich cofnod yn cael ei diweddarau yn syth.

Diolch.

Grwp Meddygol Ystwyth

Dear

Please find enclosed a form to update your preferred information.

We would be grateful if you would return the completed form to us at your earliest convenience.

You can return the form;

- by post
- by returning it to the surgery (surgery post box located next to the main door)
- via email, to contact.w92025@wales.nhs.uk

Please also attach documentation of your name change, for example a copy of your marriage licence, name change declaration, or deed poll.

As soon as we receive this we will ensure to update your record accordingly.

Thank you.

Ystwyth Medical Group

General Practitioner Partners
Dr Gail Davies, Dr Steffi Grahl
General Practitioners

Dr Sarah Wright, Dr Nicholas Cooper, Dr Mohammed Khalid, Dr Zulikhat Yakub, Dr Ahmed Ellaban



**Grŵp Meddygol
Ystwyth
Medical Group**

www.ystwythmedicalgroup.co.uk

Parc y Llyn
Aberystwyth
Ceredigion
SY23 3TL

Tel: 01970 613500
Fax: 01970 613505

Hysbysiad o Newid Enw / Amgylvchiadau

Teitl: Mr / Mrs / Miss / Ms / Mx / Arall **Dynodydd Rhyw a Ffefrir:** G / B

Enw Blaenorol:.....

Enw Newydd:.....

Dyddiad geni:.....

Rhif ffôn Catref:..... **Symudol:**.....

E-bost:.....

Unrhyw Wybodaeth Arall:.....

.....

Llofnod:.....

Llodnot y Rhiant/Gwarcheidwad (Os yw'r claf o dan 16 oed):.....

Dyddiad:.....

Notification of Change of Name / Circumstances

Title: Mr / Mrs / Miss / Ms / Mx / Other **Preferred Gender Marker:** M / F

New Name:.....

Previous Name:.....

Date of Birth:.....

Home Tel. No.:..... **Mobile:**.....

Email:.....

Any other information:.....

.....

Patient Signature:.....

Parent/Guardian Signature (If patient under 16):.....

Date:.....