

# Holiadur claf

am Dr \_\_\_\_\_

Disgwylir i feddygon trwyddedig geisio adborth gan gydweithwyr a chleifion, gan adolygu a gweithredu ar sail yr adborth hwnnw pan fo hynny'n briodol.

Diben yr ymarfer hwn yw rhoi gwybodaeth i feddygon am eu gwaith trwy lygaid y sawl y maent yn gweithio gyda nhw a'r sawl y maent yn eu trin, a'i fwriad yw eu helpu gyda'u datblygiad pellach.

**Ni ddylech nodi'ch enw yn yr holiadur hwn. Ni nodir manylion unrhyw gleifion pan roddir y wybodaeth hon i'r meddyg.**

**Dylech seilio'ch atebion ar yr ymgynghoriad a gawsoch chi heddiw yn unig.**

Dylech roi marc fel hyn  yn y blwch, gan ddefnyddio beiro. Os byddwch yn newid eich meddwl, dylech groesi allan eich ymateb cyntaf a nodi'ch ateb newydd.

Nodwch ddyddiad heddiw yma:

/   /

**1 A ydych yn llenwi'r holiadur hwn ar ran:**

Chi  Eich plentyn  Ar ran eich cymar neu'ch partner  Ar ran perthynas arall neu ffrind

**Os ydych yn llenwi hwn ar ran rhywun arall, dylech ateb y cwestiynau canlynol o safbwynt y claf.**

**2 Pa un o'r canlynol sy'n disgrifio'ch rheswm dros weld y meddyg heddiw orau? (Ticiwch bob blwch perthnasol)**

Gofyn am gyngor  Oherwydd problem barhaus  I gael triniaeth (gan gynnwys presgripsiynau)  
 Oherwydd problem unigol  Archwiliad cyffredinol  Arall (nodwch y manylion)

**3 Gan ddefnyddio graddfa o 1 i 5, pa mor bwysig i'ch iechyd a'ch lles oedd eich rheswm dros ymweld â'r meddyg heddiw?**

Ddim yn bwysig iawn

Pwysig iawn

1  2  3  4  5

**4 Pa mor dda oedd eich meddyg heddiw dan bob un o'r elfennau canlynol? (Ticiwch un blwch ym mhob llinell)**

		Gwael	Llai na boddhaol	Boddhaol	Da	Da iawn	Amherthnasol
a	Bod yn gwrtais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Peri i chi deimlo'n gysurus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Gwrando arnoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Asesu'ch cyflwr meddygol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Esbonio'ch cyflwr a'ch triniaeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Eich cynnwys mewn penderfyniadau am eich triniaeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Darparu neu drefnu triniaeth ar eich cyfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gweithio gyda meddygon Gweithio dros gleifion

5 A fyddech gystal â phenderfynu pa mor gryf yr ydych yn cytuno neu'n anghytuno gyda'r datganiadau canlynol trwy roi tic mewn <u>un</u> blwch ym mhobllinell.		Anghytuno'n gryf	Anghytuno	Niwtral	Cytuno	Cytuno'n gryf	Amherthnasol
a	Bydd y meddyg hwn yn cadw gwybodaeth amdanaf yn gyfrinachol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Mae'r meddyg hwn yn onest ac yn ddibynadwy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	Rydw i'n teimlo'n hyderus am allu'r meddyg hwn i ddarparu gofal	<input type="checkbox"/> Ydw	<input type="checkbox"/> Nac ydw
7	Byddwn yn hollol fodlon i weld y meddyg hwn eto	<input type="checkbox"/> Byddwn	<input type="checkbox"/> Na fyddwn
8	A oedd yr ymweliad hwn gyda'ch meddyg arferol?	<input type="checkbox"/> Oedd	<input type="checkbox"/> Nac oedd
9	A fyddech gystal ag ychwanegu unrhyw sylwadau eraill yr hoffech eu gwneud am y meddyg hwn.		

Mae'r cwestiynau nesaf yn holi am y sawl a oedd wedi cymryd rhan yn yr arolwg hwn. Rydym yn gofyn am y wybodaeth hon er mwyn deall a yw grwpiau o gleifion yn rhoi adborth am faterion penodol y bydd angen i ni eu hystyried efallai. Os ydych chi'n llenwi hwn ar ran claf, a fyddech gystal â nodi manylion y claf.

<b>Beth yw'ch oedran chi?</b>	<input type="checkbox"/> 0-18	<input type="checkbox"/> 19-24	<input type="checkbox"/> 25-34	<input type="checkbox"/> 35-44	<input type="checkbox"/> 45-54
	<input type="checkbox"/> 55-64	<input type="checkbox"/> 65+	<input type="checkbox"/> Byddai'n well gennyf beidio dweud		
<b>Pa un sy'n disgrifio'ch rhyw chi orau?</b>	<input type="checkbox"/> Fenyw	<input type="checkbox"/> Gwryw	<input type="checkbox"/> Byddai'n well gennyf beidio dweud		
	<input type="checkbox"/> Byddai'n well gennyf ddisgrifio fy hun (nodwch isod):				
	<input type="text"/>				
<b>A yw'ch hunaniaeth rhyw yr un fath â'r rhyw a neilltuwyd i chi ar eich genedigaeth?</b>	<input type="checkbox"/> Ydy	<input type="checkbox"/> Nac ydy	<input type="checkbox"/> Byddai'n well gennyf beidio dweud		
<b>A oes gennych chi anabledd?</b>	Mae Deddf Cydraddoldeb 2010 yn diffinio unigolyn fel rhywun anabl os oes ganddynt nam corfforol neu feddyliol sy'n cael effaith sylweddol a hirdymor (h.y. mae wedi para neu disgwylir iddo bara o leiaf 12 mis) ac effaith niweidiol ar allu'r unigolyn i gyflawni gweithgareddau dydd i ddydd arferol.				
	<input type="checkbox"/> Oes	<input type="checkbox"/> Nac oes	<input type="checkbox"/> Byddai'n well gennyf beidio dweud		

**Ym mha grŵp ethnig ydych chi? (ticiwch un)**

*Gwyn*

- Prydeiniwr/Prydeinwraig, Sais/Saesnes, Gwyddel/Gwyddeles o Ogledd Iwerddon, Albanwr/Albanes, Cymro/Cymraes
- Gwyddel/Gwyddeles       Sipsi neu Deithiwr Gwyddelig
- Unrhyw gefndir gwyn arall (nodwch isod):

*Grwpiau ethnig cymysg neu luosog*

- Gwyn a du Caribïaidd       Gwyn a du Affricanaidd       Gwyn ac Asiaidd
- Unrhyw gefndir ethnig cymysg neu luosog arall (nodwch isod):

*Asiaidd neu Asiaidd Prydeinig*

- Indiaidd       Pacistanaidd       Bangladeshaidd       Tsieineaidd
- Unrhyw gefndir Asiaidd arall (nodwch isod):

*Du, Affricanaidd, Caribïaidd neu ddu Prydeinig*

- Caribïaidd       Affricanaidd
- Unrhyw gefndir du, Affricanaidd neu Garibïaidd arall (nodwch isod):

*Grŵp ethnig arall*

- Arabaidd       Unrhyw grŵp ethnig arall (nodwch isod):
- Byddai'n well gennyf beidio dweud

**Beth yw eich crefydd chi?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dim crefydd                   | <input type="checkbox"/> Bwdhydd                           |
| <input type="checkbox"/> Cristion – Bedyddiwr          | <input type="checkbox"/> Cristion – Brodyr                 |
| <input type="checkbox"/> Cristion – Catholig           | <input type="checkbox"/> Cristion – Eglwys Lloegr          |
| <input type="checkbox"/> Cristion – Eglwys Iwerddon    | <input type="checkbox"/> Cristion – Eglwys Yr Alban        |
| <input type="checkbox"/> Cristion – Presbyteriad Rhydd | <input type="checkbox"/> Cristion – Methodist              |
| <input type="checkbox"/> Cristion – Arall              | <input type="checkbox"/> Cristion – Presbyteriad           |
| <input type="checkbox"/> Cristion – Protestant         | <input type="checkbox"/> Cristion – Pentecostiad           |
| <input type="checkbox"/> Hindŵ                         | <input type="checkbox"/> Iddew                             |
| <input type="checkbox"/> Mwslim                        | <input type="checkbox"/> Sikh                              |
| <input type="checkbox"/> Arall (nodwch isod):          | <input type="checkbox"/> Byddai'n well gennyf beidio dweud |

**Pa rai o'r dewisiadau canlynol sy'n disgrifio eich cyfeiriadedd rhywiol chi orau?**

- Deu       Heterorywiol neu strêr       Dyn hoyw
- Benyw hoyw/lesbiad       Byddai'n well gennyf ddefnyddio term arall (nodwch isod):

- Byddai'n well gennyf beidio dweud