



DETAIL VAN PASGEBORENE/NUWE PASIENT

Rekeningnummer: _____ (vir kantoorgebruik)

Voornaam: _____ Van: _____ Manlik/Vroulik: _____
Geboortedatum: _____ Individu se Afhanklike Nommer by Fonds: _____

Ander kinders op ons rekords

Naam: _____ Geb. Datum: _____
Naam: _____ Geb. Datum: _____

MEDIESE FONDS INLIGTING (Indien van toepassing)

MAGTIGINGSNOMMER (Indien van toepassing): _____

Naam van Fonds: _____ Opsie: _____ Nummer: _____
Hooflid: _____ ID Nummer: _____

PERSOON VERANTWOORDELIK VIR REKENING

Titel: _____ Van: _____ Voorletters: _____
Voornaam: _____ ID Nummer: _____
Posadres: _____ Kode: _____

E-pos (Vir rekeninge): _____

Huis Tel en Kode: _____ Sel (Ma): _____ Sel (Pa): _____
Werkgewer: _____ Werksadres en Kode: _____
Werk Tel en Kode: _____

MOEDER (van pasient)

Titel: _____ Van: _____ Naam: _____

VADER (van pasient)

Titel: _____ Van: _____ Naam: _____

NAASTE FAMILIE/VRIEND (Wat in noodgevalle bereik kan word)

Naam: _____ Verwantskap: _____ Tel en Kode: _____
Adres: _____

GESIN SE DOKTERS

Verwysende Dr: _____ Algemene Praktisyn: _____

OUER-/VOOGOOREENKOMS

- Ek bevestig dat bogemelde inligting korrek is en onderneem om enige verandering binne 14 dae te verwittig en nuwe data te verskaf.
- Ek neem volle verantwoordelikheid van die rekening.
- Ek onderneem om alle fooie nie deur my mediese fonds gedek nie, self te vereffen.

HANDTEKENING

DATUM