



Dr Paul Keating & Dr Zaheera Kajee

DETAIL VAN PASGEBORENE/NUWE PASIENT

Rekeningnommer: _____ (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: _____ Nommer: _____

Hooflid: _____ ID Nommer: _____

PERSOON VERANTWOORDELIK VIR REKENING

Titel: _____ Van: _____ Voorletters: _____

Voornaam: _____ ID Nommer: _____

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