

PLEASE PRINT / DRUKSKRIF ASSEBLIEF

DR. T. J. NEL

PR 3802641

ACCOUNT NO.
REKENING NR.

PATIENT INFORMATION / PASIENT BESONDERHEDE

TITLE TITEL	SEX GESLAG	SURNAME VAN	FULL NAME VOLLE NAAM
INITIALS VOORLETTERS	DATE OF BIRTH GEBORTE DATUM	AGE OUDERDOM	I.D. NUMBER I.D. NUMMER
RELATION TO MEMBER VERW. AAN LID	E.G. FATHER, MOTHER ETC B.V. VADER, MOEDER ENS.	OCCUPATION BEROEP	LANG. TAAL
		ASTHMA ASMA	ALLERGIES ALLERGIE
		YES JA	NO NEE
		YES JA	NO NEE
		PLEASE SPECIFY SPECIFISEER ASB.	
FEMALE PATIENTS VROUlike PASIENTE		M.C.A. PATIENTS ONLY IF APPLICABLE B.A.D. PASIENTE ALLEENLIK INDIEN VAN TOEPASSING	
ARE YOU PREGNANT? IS U SWANGER?		DATE OF INJURY DATUM V. BESERIG	CLAIM NUMBER ES NUMMER
YES JA	NO NEE		

PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT / PERSOON VERANTWOORDELIK VIR BETALING

SURNAME VAN	MED. AID NAME M. FONDS NAAM
TITLE TITEL	INITIALS VOORLETTERS
I.D. NUMBER I.D. NUMMER	MED AID No. M. FONDS Nr.
POSTAL ADDRESS / POSADRES	
(DOMICILIUM CITANDI) RESIDENTIAL ADDRESS / WOONADRES	
EMPLOYER (COMPANY NAME) WERKGEWER (MAATSKAPPY NAAM)	
WORK WERK	HOME HUIS
EXT. UITBR.	OCCUPATION BEROEP
EMPLOYERS ADDRESS / WERKGEWER ADRES	
No. DEPENDANTS Nr. AFHANKLIKES	
CEL. SEL.	EMAIL
RELATIVE FAMILIELID	
ADDRESS OF RELATIVE OR FRIEND / ADRES VAN FAMILIELID OF VRIEND	
NAME OF REFERRING DOCTOR NAAM VAN VERWYSENDE DOKTER	
NAME OF YOUR GENERAL PRACTITIONER NAAM VAN JOU ALGEMENE PRAKTYSIER	

TERMS STRICTLY 30 DAYS TERME STRENG 30 DAE	METHOD OF PAYMENT WYSE VAN BETALING	CASH KONTANT	CHEQUE TJEK	CREDIT CARD KREDIETKAART	SEND STATEMENT STUUR STAAT
	ACTION AKSIE	URGENT DRINGEND	WAITING WAG	DELIVER AFLEWER	PAYING BETAAL

DECLARATION / VERKLARING

<p>Constitutional requirements, necessitate that all patients acknowledge our terms of service.</p> <p>I, (D Namistoelid) the undersigned do hereby agree that:</p> <ol style="list-style-type: none"> I GIVE CONSENT TO THE INJECTION OF ANY DRUG OR CONTRAST MEDIA WHICH MAY BE NECESSARY FOR THE PERFORMANCE OF ANY X-RAY EXAMINATION. PAYMENT OF THE ACCOUNT IN ACCORDANCE WITH THE TARIFF OF CHARGES PREVAILING IN THE PRACTICE SHALL BE THE RESPONSIBILITY OF THE UNDERSIGNED/PATIENT. IN THE EVENT OF THE ACCOUNT NOT BEING TIMELY SETTLED IN FULL BY THE PATIENT/UNDERSIGNED AND/OR THE RELEVANT MEDICAL AID, THEN INTEREST AT A RATE EQUAL TO 2% PER MONTH ON OUTSTANDING BALANCE WILL BE PAYABLE THEREON, UNTIL THE DATE ON WHICH IT IS SETTLED IN FULL. I HEREBY DECLARE THAT I AM THE LEGAL GUARDIAN/CUSTODIAN OF THE ABOVE CHILD AND UNDERSTAND AND ACCEPT THE CONTRACT. I UNDERSTAND TO BE LIABLE FOR ALL LEGAL COSTS AS BETWEEN ATTORNEY AND CLIENT AS WELL AS TRACING COLLECTION FEE'S DUE, SHOULD IT BE NECESSARY FOR LEGAL ACTION TO BE TAKEN FOR THE RECOVERY OF ANY AMOUNTS OWING ARISING OUT OF TREATMENT RECEIVED BY THE ABOVE PATIENT. I FURTHER CONSENT TO YOUR BEING ENTITLED TO OBTAIN CREDIT AND RELATED INFORMATION CONCERNING MYSELF AT ANY TIME AND TO LODGE, EXCHANGE AND DISCLOSE SUCH INFORMATION WITH ANY CREDIT BUREAU WITHOUT ANY FURTHER NOTICE TO ME. <p>DATE: _____ SIGNED: _____</p> <p>PLEASE PRINT FULL NAME BELOW SIGNATURE _____</p>	<p>Grondwette vereistes maak dit nodig dat alle pasiënte die voorwaardes van on diens erken.</p> <p>EK, (D Namistoelid) die ondertekende, aanvaar hiermee dat:</p> <ol style="list-style-type: none"> EK GEE TOESTEMMING VIR DIE INSPUITING OF ENIGE ANDER TOEWYDING VAN MEDIKASIE OF "KONTRAS MIDDEL" WAT NOODS MAG WEES VIR DIE UITVOERING VAN ENIGE X-STRAAL ONDERSOEK. BETALING VAN DIE REKENING IN OOREENSTEMMING MET DIE NEDERENDE KOSTETARIEF VAN DIE PRAKTYK DIE VERANTWOORDELIKHEID VAN DIE ONDERSOEKTEKENE/PASIENT IS. INDIEN DIE REKENING NIE TYDIG EN TEN VOLLE DEUR ONDERSOEKTEKENE/PASIENT EN/OF DIE TERSAANKLIKE MEDIESE FONDS WERKSTREK WARD NIE, REIGTE OP DIE UITSTANDE BALANS TIEEN 'N KOSERS GELYKSTANDE MET 2% PER MAAND BETAALBAAR BAL WEES TOT OP DIE DATUM WAAROP DIE REKENING TEN VOLLE VEREFEN WORD. EK VERKLAR HERREDE DAT EK DIE WETLIKE VOOG/BEWAARENDE DEUR VAN BOGEMELDE KIND IS EN DIE KONTRAK VERSTAN EN AANVAAR. EK ONDERSTEM DAT INDIEN DIT VIR DIE PRAKTYK NOODS SOU WEES OM REIGTAPPE TE SOEK TEN ENDE ENIGE BEDIFFE TE VERWAL. WAT NOG VERVOLGING IS VOORTSPUITEND LIT DIE BEHANDELING VAN BOGEMELDE PASIENT, EK VIR ALLE REIGKOSTE, SOOS TUSSEN PROKURIEUR EN KLIENT, ASOOK VIR ENIGE OPSDRINGSS- EN INVORDERINGSKOSTE, VERANTWOORDELIK BAL WEES. VOORTS STEM EK DAARTOE IN DAT DIE PRAKTYK DIE REIG HET OM TE ENIGER TYD KREDIET- EN VERWANTE INLIGTING AANGAANDE MYSELF TE VERWY EN OM SONDER ENIGE VERDIERE KENNIS AAN MY BODANIGE INLIGTING BY AAN EN MET ENIGE KREDIETBURO IN TE DIEN, BEKEND TE MAAK EN UP TE KUL. <p>DATAUM: _____ GETEKEN: _____</p> <p>SKRYF ASSEBLIEF VOLLE NAAM IN DRUKSKRIF ONDER HANDTEKENING _____</p>
--	---

Please note: All procedures done between 5.15 pm and 8.00 am will be charged after hours rates. / Nagaan kennis: Alle prosedures wat tussen 5.15 am en 8.00 am gedoen word is onderhoedig aan 'n ho urreis-toel.

FOR OFFICE USE ONLY / VER KANTOOR GEBRUIK ALLEENLIK

EXAMINATION ONDERSOEK	BRANCH TAK	LANGUAGE TAAL
CAPTURED BY VERWESK DEUR	PRE-AUTHORISED VOORLOEPE GOEDGEKUR	RECEPTIONIST ONTVANGS DAME