

Pasiënt Besonderhede / Patient Details

Van: Surname:	Mnr/Mev/Mej - Voorletters: Mr/Mrs/Miss - Initials:	
Geboortedatum: Date of Birth:	I.D. Nommer: I.D. Number:	
Beroep: Occupation:	Huistaal: Home Language:	Huwelikstatus: Marital Status:
	Sel / Cell:	

Persoon Verantwoordelik vir Rekening / Person Responsible for Account

Volle naam: Full Name:	Mnr/Mev/Mej: Mr/Mrs/Miss:
Woonadres: Home Address:	Beroep: Occupation:
	Tel (H):
Poskode/Postcode:	Tel (w):
ID No: ID Nr :	Cell:
	Epos/Email:
Posadres: Postal Address:	Poskode/Postcode:

Mediese Fonds / Medical Aid

MF Naam: MA Name:	Nommer: Number:
Plan:	Hooflid se Naam: Member's Name:

Mediese Assuransie Polis / Hospitaal Plan / Medical Insurance Policy / Hospital Plan

	No/Nr :
--	---------

Naaste Familie/Vriend (NIE DIESELFDE ADRES) / Nearest Family/Friend (NOT AT THE SAME ADDRESS)

Naam: Name:	Verwantskap: Relation:
Adres: Address:	Tel: Cell:
Poskode/Postcode:	

Verwys Deur/Referred By

Naam: Name:	Adres: Address:
----------------	--------------------

U gereelde Huisdokter/Your usual GP

Naam: Name:	Adres: Address:
----------------	--------------------

- L.W. • Hierdie praktyk stuur nie rekenings direk na enige Mediese Fonds nie. U is dus self verantwoordelik om rekenings na u Mediese Fonds/Hospitaal Plan te stuur.
- N.B. • This practice does not send accounts directly to any Medical Aid. You are thus personally responsible to claim accounts from your Medical Aid/Hospital Plan.
- Ek aanvaar ook volle verantwoordelikheid vir alle prokureurs- en kliëntkoste, invorderings, opsporingkoste en rente op alle agterstallige rekeninge.
 - I undertake full responsibility for all attorney and client, collection commission, tracing fees and interest on overdue accounts.

GETEKEN:
SIGNED:

DATUM:
DATE: