

MEDIESE VRAELYS

Naam & Van :	Ouderdom :
Lengte :	Gewig :

GEE ASB ALLE MEDIESE INLIGTING:

	JA	NEE	SPESIFISEER INDIEN JA
Enige ander familieledede al behandel?			
Onlangs gewig verloor?			
Pyn as u stap ? Hoe ver kan u stap?			<input type="checkbox"/> Minder as 2 km <input type="checkbox"/> 2-5 km <input type="checkbox"/> 5-10km <input type="checkbox"/> Meer as 10 km
Enige hartprobleme?			
Probleme met bloedsomloop?			
Bloeddruk behandeling?			
Bloedklont in bene of longe gehad? (Of familie geskiedenis daarvan?)			
	JA	NEE	
Ly u aan enige longkwale?			
Rook u?			
Al beroerte gehad?			
Geelsug of enige ander lewerkwale?			
Al 'n maagseer gehad?			
Urien of blaas probleme?			
	JA	NEE	
Het u HIV/AIDS?			
Indien nee, is u al hiervoor getoets?			
	JA	NEE	
Het u suikersiekte?			
Skildklier probleme?			
Enige kortisoen behandeling?			
Het u jig (gout)?			
Al nierstene gehad?			
Al enige kanker gehad?			

COVID 19:	JA	NEE	
Het u al voorheen COVID infeksie gehad?			Wanneer?

Medikasie wat u tans gebruik:

--

Is u allergies vir enige middels? Lys, asb.

--

Lys vorige operasies:

--

GENEESHERE GERAADPLEEG IN DIE LAASTE 10 JAAR

Algemene Praktisyn	
Internis	
Kardioloog	
Enige ander Dokters van toepassing	

Naam en Van : _____ Datum : _____

Handtekening : _____

PATIENT DETAIL / PASIENT INLIGTING			
Surname / Van :		First Name / Volle Name :	
Gender / Geslag :	DOB / GEB :	ID :	
Tel Numbers/ Nommers :	(H) :	(W) :	(C) :
Email / Epos :			
Marital status / Huwelikstatus :		Occupation / Beroep :	
Postal Address / Posadres :		Street Address / Straat Adres :	
Code / Kode :		Code / Kode :	

MAIN MEMBER OR PERSON RESPONSIBLE FOR ACCOUNT / HOOFDID OF PERSOON VERANTWOORDELIK VIR REKENING			
Surname / Van :		First Name / Volle Name :	
Gender / Geslag :	DOB / GEB :	ID :	
Tel Numbers/ Nommers :	(H) :	(W) :	(C) :
Email / Epos :			
Employer / Werkgewer :		Occupation / Beroep :	
Postal Address / Posadres :		Employer Address / Werksgewer Adres :	
Code / Kode :		Code / Kode :	

NEXT OF KIN / NAASBESTAANDE PERSOON :	
Surname / Van :	First Name / Voornaam :
Cell / Sell :	Relation / Verwantskap :

MEDICAL AID DETAILS / MEDIESE FONDS BESONDERHEDE :	
Medical Aid / Mediese Fonds :	Plan / Plan :
Number / Nommer :	Dependant code / Afhanklike Kode :

GAP COVER / MEDICAL INSURANCE / MEDIESE ASSURANSIE	
Name / Naam :	Number / Nommer :

REFERRAL DOCTOR & GENERAL PRACTITIONER / VERWYSINGS DOKTER & ALGEMENE PRAKTISYN	
Referral Doctor / Verwysings Dokter :	General Practitioner / Algemene Praktisyn

PLEASE TAKE NOTE / NEEM ASSEBLIEF IN KENNIS
<p>This is a Private Practice, and our fees may exceed your insured benefits. Hierdie is 'n Privaat Praktyk en ons fooi mag u fondsvoordele oorskry. I undertake to request an account and if I do not receive one, I accept full responsibility for payment thereof should the medical aid not settle the account. Ek onderneem om 'n rekening te versoek en, indien ek nie een ontvang nie, aanvaar ek volle verantwoordelikheid vir betaling daarvan indien die Mediese Fonds nie die rekening vereffen nie.</p>

Signature / Handtekening : _____

Date / Datum : _____

SIEN KEERSY VIR VOORWAARDES VAN DIENSLEWERING. THIS PRACTICE IS ADMINSTRATED BY EXECUTIVE PRACTICE MANAGEMENT CC

VOORWAARDES VIR DIENS

Ek, die ondergetekende, die pasiënt, wettige voog of waarborg gewer van die pasiënt op die keersy hiervan:

1. Onderneem as hoofskuldenaar, alternatiewelik bind ek myself gesamentlik en/of afsonderlik met die pasiënt, vir die betaling van enige eis van die Praktyk wat mag voortvloei uit medikasie, mediese voorrade en/of dienste gelewer of gelewer staan te word aan sodanige pasiënt, nie teenstaande die bestaan van 'n mediese fonds of versekering wat die eis nie mag dek nie;
2. Neem kennis dat alle rekeninge teen die lewering daarvan betaalbaar is, en indien die bedrag meer as 20 dae agterstallig is, sal die bedrag verskuldig rente dra teen die prima oortrekkingskoers soos vasgestel deur die Praktyk se bank van tyd tot tyd, onderhewig aan die maksimum rentekoers soos van tyd tot tyd voorgeskryf deur die Nasionale Kredietwet, 2005.
3. Onderneem om, indien die rekening om enige rede onvereffende is en na prokureurs verwys word vir invordering, gesamentlik en afsonderlik aanspreeklik te wees vir die betaling van alle koste op 'n prokureur-en-eie-kliënt skaal, alle invorderingskommissie en alle opsporingskoste, onderhewig aan die maksimum fooie en koste soos van tyd tot tyd voorgeskryf deur die Nasionale Kredietwet, 2005. Alle uitstaande bedrae sal in die volgende volgorde ingevorder word: rente, fooie en koste en laastens kapitaal.
4. Waarborg, indien van toepassing, hiermee dat:
 - 4.1. Ek 'n bona fide lid van die genoemde mediese hulpskema is;
 - 4.2. Die pasiënt 'n bona fide lid/afhanklike is;
 - 4.3. Daar voorfondse beskikbaar is vir sodanige pasiënt;
 - 4.4. Ek nie gesekwestreer en nie onderhewig is aan enige wetlike of kontraktuele vermoënsgebrek nie;
 - 4.5. Die inligting, soos uiteengesit op die keersy, korrek is;
5. Magtig die Praktyk of agent van die Praktyk om enige rekening verskuldig deur die pasiënt aan die genoemde hulpskema voor te lê vir betaling. Desnieteenstaande die voorafgaande word daar spesifiek bepaal dat dit my uitsluitlike plig is om die rekening tydig by die mediese fonds in te dien. Die Praktyk of sy agent sal geen aanspreeklikheid aanvaar in die gevalle waar rekeninge nie tydig by die mediese fonds ingedien is nie;
6. Kies domicilium citandi et executandi te my fisiese adres soos op die keersy hiervan aangedui;
7. Magtig die Praktyk, of sy agente, om inligting aangaande die pasiënt se behandeling en/of medikasie aan die pasiënt se mediese hulpskema, bestuurder gesondheidsorg-organisasie of versekeraar te verskaf asook hulle agente en werknemers wat daarmee handel. Indien enige van die voorafgenoemde partye ook die pasiënt se werkgewer is, dan verstaan ek dat die inligting ook beskikbaar gestel mag word aan die pasiënt se werkgewer;
8. Erken dat 'n sertifikaat:
 - 8.1. Geteken deur enige dokter van die Praktyk sal prima facie bewys wees van die pasiënt se verpligting teenoor die Praktyk;
 - 8.2. Geteken deur enige bestuurder van die Praktyk se bankiers (wie se aanstelling nie bewys hoef te word nie) prima facie bewys sal wees van die rentekoers waarna verwys in 2 hierbo;
9. Erken dat ek hierdie voorwaardes vrywillig en sonder enige dwang onderteken het en bevestig dat daar geen waarborge of voorstellings gemaak is deur die Praktyk of enige van sy werknemers aangaande die inhoud hiervan nie;
10. Erken dat hierdie voorwaardes van toepassing sal wees op alle medikasie, mediese voorrade en/of dienste gelewer of wat gelewer staan te word deur die Praktyk aan die pasiënt totdat skriftelik gekanselleer deur my onder die Praktyk se getekende ontvangserkenning.

Date / Datum : _____

Signature / Handtekening : _____