

DR. JS KIRSTEN ORTOPEDIESE CHIRURG**PASIËNT BESONDERHEDE**

VAN:	VOLLE NAME:	TITEL:
GEBOORTEDATUM:	ID NOMMER:	
TELEFOON: (H) (W)	SELFOON:	HUISTAAL:
E-POS:	FAKS:	
NAAM VAN MEDIESE FONDS:	GAP COVER:	JA / NEE (Omkring asb)
LIDNOMMER:	OPSIE:	MED. FONDS: AFHANKLIKE KODE:

BESERING AAN DIENS

OMKRING ASB: JA NEE	KONTAK PERSOON:
---------------------	-----------------

PERSOON VERANTWOORDELIK VIR REKENING – HOOFID VAN FONDS

VAN:	VOLLE NAME:	TITEL:
ID NOMMER:	SELFOON:	
TELEFOON: (H) (w)	EPOS:	
VOLLEDIGE POSADRES:		
WOONADRES:		
WERKGEWER EN WERKSADRES:		

ANDER INFORMASIE

NAAM VAN HUISDOKTER:	ADRES:
NAAM VAN VERWYSENDE DOKTER / FISIOTERAPEUT:	ADRES:
NAAM VAN NAASTE FAMILIELID OF VRIEND:	VERWANTSKAP: TELEFOON:

U AS PASIËNT IS VERANTWOORDELIK VIR DIE VOLLE VEREFFENING VAN DIE REKENING. DIT BLY U VERANTWOORDELIKHEID OM TE WEE WAT U BETROKKE MEDIESE FONDS VEREIS EN BEPAAL TEN OPSIGTE VAN TARIWE, VOORKEUR VERSKAFFERS, VERWYSINGSVEREISTES, VOORAF MAGTINGING, LIMITE EN. HIERMEE GEE U TOESTEMMING VIR DIE BEKENDMAKING VAN U DIAGNOSE KODE EN ENIGE INLIGTING RAKENDE U BEHANDELING EN GESONDHEID AAN U MEDIESE FONDS/GESONDHEIDSVERSKAFFER/WERKGEWER.

Ek, die ondergetekende, bevestig en verseker dat bovermelde inligting waar en korrek is. Ek neem kennis dat hierdie praktyk die riglyne van die Nasionale Kredietwet No. 34 van 2005 volg. Ek stem toe dat 2% rente per maand plus R50.00 administrasiefooi maandeliks gehef word vir uitstaande rekeninge vanaf 30 werksdae. Onbetaalde rekeninge word oorhandig vir invordering en ek is dus aanspreeklik vir alle invorderings- en maandelike regskostes (op pasiënt/prokureurskaal) wat hieruit vloei.

Die praktyk behou die reg om kostes te hef op enige motiverings of papierwerk wat die pasiënt se mediese fonds of verwante maatskappy verlang.

Hiermee gee die praktyk kennis dat die tariefbeleid van die praktyk nie sal wees volgens die rand waardes van die National Reference Price List (NHRPL) of dienooreenkomstig die tariewe waarteen die onderskeie mediese fondse vergoed nie. Die NHRPL is slegs 'n verwysingslys vir mediese dienste wat konsultasies, prosedures en ondersoeke insluit.

Pasiënt bybetalings en/of konsultasies is onmiddellik betaalbaar op die dag van die konsultasie per krediet/debietkaart. Pasiënte is verantwoordelik vir die volle foie van 'n konsultasie wat nie 24 uur voor die afspraakyd gekanselleer word nie.

HANDTEKENING:	DATUM:
---------------	--------

INLIGTINGSBLAD

Datum: _____

Ouderdom: _____

Watter kant is die dominante arm? LINKS

REGS

ALBEI

MEDIESE GESKIEDENIS

LENGTE: _____

GEWIG: _____

Lei u aan enige van die volgende toestande:

Maak net 'n regmerkies waar van toepassing:

Hoë bloeddruk

Diabeet

Angina/Hartaanval

Skildkliersiekte

Artritis

Asma

Emfiseem

Ander: _____

Het u al ooit aan 'n maligne siekte gely (bv. Kanker?)

Indien JA, watter tipe? _____

FAMILIE GESKIEDENIS

Is daar enige geskiedenis van artritis in u familie?

Indien JA, watter familielid en watter soort artritis? _____

CHIRURGIESE GESKIEDENIS

Watter vorige operasies het u al gehad? _____

GESKIEDENIS VAN MEDIKASIE

Watter medikasie gebruik u? _____

Is u allergies vir enige medikasie / ander? _____

SOSIALE GESKIEDENIS

Rook u?

Watter werk doen u? _____

Aan watter sportsoort neem u deel? _____

Die SA Ortopediese Register monitor die uitslag van behandeling en operasies in Suid Afrika vir kwaliteitbeheer doeleindes. Ons het u toestemming nodig vir verdere kommunikasie per epos/sms in die verband.

Ja..... Nee.....

Handtekening: _____