

**PATIENT INFORMATION / PASIËNT BESONDERHEDE**

**DRS. FAAN BURGER, ALBERT SPANGENBERG, TOBY DE BEER, PHILLIP FOURIE, ERIC SCHMID, JAKOBUS VAN HEERDEN  
MIKE WILSON, ARTHUR WINTER, WIM BURGER, ANNELIZE COETZE, DAVID THOM, ELSJE DIRKS, GERT STEYN & JENNIFER EDWARDS**

**NOTE: PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING IN PRINT LET WEL: VOLTOOI ASSEBLIEF IN DRUKLETTERS**

**PATIENT INFORMATION / PASIËNT BESONDERHEDE**

TITLE TITEL											SURNAME VAN																						
FULL NAMES VOLLE NAAM											DATE OF BIRTH GEBORTE DATUM	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	LANGUAGE TAAL													
REL TO MEMBER VERW. AAN LID											B.A.D. W.C.A. / M.V.											DATE OF INJURY/ACCIDENT DATUM VAN BESERING/ONGELUK	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	CLAIM NUMBER		
FEMALE PATIENTS VROULIKE PASIËNTE										CELL NO. SELL NR.												E-MAIL ADDRESS E-POS ADRES											
ARE YOU PREGNANT? IS U SWANGER?										YES JA	NO NEE																						

**PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT / PERSOON VERANTWOORDELIK VIR BETALING**

TITLE TITEL											INITIALS VOORLETTERS											SURNAME VAN																	
I.D. NUMBER I.D. NOMMER											MED. AID NAME M. FONDS NAAM											MED. AID NO. M. FONDS NR.																	
POSTAL ADDRESS / POSADRES															CHOSEN DOMICILIUM ADDRESS / VERKOSE DOMISILIE ADRES															PHYSICAL ADDRESS FISIES ADRES									
CODE KODE																														CODE KODE									
EMPLOYER WERKGEWER											WORK WERK											HOME HUIS																	
SPOUSE WORK EGGENOOT / TE WERK																				RELATIVE OR FRIEND FAMILIELID OF VRIEND																			
EMPLOYER'S ADDRESS / WERKGEWER ADRES															NAME, ADDRESS & TEL. NO. OF RELATIVE OR FRIEND / NAAM, ADRES & TEL. NR. VAN FAMILIELID OF VRIEND																								
CODE KODE																														CODE KODE									

HAS THIS PATIENT PREVIOUSLY BEEN HERE BEFORE? WAS HIERDIE PASIËNT AL VOORHEEN HIER?	YES JA	NO NEE	IF YES, HAS YOUR ADDRESS CHANGED SINCE PREVIOUS VISIT? INDIEN JA, HET U ADRES VERANDER SEDERT VORIGE BESOEK?	YES JA	NO NEE
--	-----------	-----------	---	-----------	-----------

**DECLARATION / VERKLARING**

**PLEASE NOTE: NOT RESPONSIBLE FOR LOSS OF VALUABLES.** **LET WEL: NIE VERANTWOORDELIK VIR VERLIES VAN WAARDEVOLLE ARTIKELS.**  
 THE PATIENT AND / OR RESPONSIBLE PERSON WILL BE LIABLE IN HIS / HER PERSONAL CAPACITY FOR THE PAYMENT OF THE ACCOUNT. SHOULD THE ACCOUNT REMAIN UNPAID AFTER DEMAND FOR ANY REASON WHATSOEVER, THE PATIENT AND / OR RESPONSIBLE PERSON WILL BE LIABLE FOR THE PAYMENT OF THE ACCOUNT AND COSTS AS ON ATTORNEY AND CLIENT SCALE. I CONFIRM THAT I HAVE READ AND UNDERSTAND THE CONTENTS OF THIS DOCUMENT, THAT I ACCEPT THE TERMS THEREOF AND THAT THE DETAILS GIVEN BY ME ARE TRUE AND CORRECT.  
 DIE PASIËNT EN / OF VERANTWOORDELIKE PERSOON SAL IN SY / HAAR PERSOONLIKE HOEDANIGHEID AANSPREEKLIK WEES VIR DIE BETALING VAN HIERDIE REKENING. INDIEN ENIGE GEDEELTE DAARVAN OP AANVRAAG ONBETAALD BLY SAL DIE VERANTWOORDELIKE PERSOON AANSPREEKLIK WEES VIR DIE BETALING VAN REKENING EN KOSTE, SOOS OP PROKUREUR EN KLIËNT SKAAL. EK BEVESTIG DAT EK HIERDIE DOKUMENT EN AL DIE BESONDERHEDE DAARVAN GELEES HET EN IS EK TEVREDE EN VERSTAAN EK DIE TERME DAARVAN EN IS DIE BESONDERHEDE SOOS DEUR MY INGEVUL WAAR EN KORREK.  
 I HEREBY ALLOW THE PRACTICE TO SUBMIT, RECEIVE INFORMATION OR EXCHANGE ANY CREDIT RELATED INFORMATION ABOUT ME WITH ANY CREDIT BUREAU WITHOUT FURTHER NOTICE.  
 HIERMEE VERLEEN EK TOESTEMMING AAN DIE PRAKTYK OM INLIGTING OOR MY KREDIET INFORMASIE TE GEE, TE ONTVANG EN NAVRAAG TE DOEN BY ENIGE KREDIET BUREAU SONDER ENIGE VERDERE KENNISGEWING.  
 I HEREBY GIVE CONSENT FOR THE INJECTION OR OTHER ADMINISTRATION OF ANY DRUGS OR CONTRAST MEDICINE WHICH MAY BE NECESSARY FOR THE PERFORMANCE OF X-RAY EXAMINATION.  
 EK GEE HIERMEE TOESTEMMING VIR DIE INSPUITING OF ANDER TOEDIENING VAN KONTRASMIDDEL OF MEDIKAMENTE WAT NODIG MAG WEES TYDENS X-STRAAL ONDERSOEK.

ALLERGIES ALLERGIEË	YES JA	NO NEE	PLEASE SPECIFY SPESIFISEER ASB. ▶										
ASTHMA ASMA	YES JA	NO NEE											

DATE DATUM	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---

**SIGNATURE / HANDTEKENING**

**FOR OFFICE USE ONLY / VIR KANTOOR GEBRUIK ALLEENLIK**

REFERRING DR. VERWYSENDE DR.	EXAMINATION ONDERSOEK	DATE / DATUM M M D D	GG CODE SK-KODE	D: TABLE 1: RC 2: %	AMOUNT % BEDRAG %	CODE KODE

**INJURY CAUSE:**

**ICD-10 CODES**  
 CONFIDENTIAL (CODE U98.0)  
 MEMBER REFUSES DISCLOSURE

Signature: \_\_\_\_\_