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

AB

PATIENT INFORMATION / PASIËNT BESONDERHEDE

TITLE / TITEL		SURNAME / VAN					
FULL NAMES / VOLLE NAAM		DATE OF BIRTH / GEBOORTEDATUM	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.			
ARE YOU PREGNANT? / IS U SWANGER?	YES / JA	NO / NEE		E-MAIL ADDRESS / E-POS ADRES			

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 INFORMTION 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 BURO 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: _____

Lithotech SJ (011) 673-2180 RF57418v