



PRE-ADMISSION FORM / VOOROPNAME VORM

This form must be sent to the hospital at least 24 hours prior to admission / Hierdie vorm moet tenminste 24 uur voor opname by ontvangs ingedien word
Copy of medical aid membership card and ID document must accompany this form / Afskrif van die mediese fonds kaart en ID dokument moet hierdie vorm vergesel

PATIENT'S INFORMATION / PASIËNT INLIGTING

Surname / Van: _____ Title / Titel: _____
Full names / Volle name: _____
Date of Birth / Geboortedatum: _____ Sex / Geslag: _____
ID No / ID Nr: _____ Language / Taal: _____
Beroep / Occupation: _____
Postal address / Posadres: _____
_____ Code / Kode: _____
Residential Address / Woonadres: _____
_____ Code / Kode: _____
Tel (W): _____ Tel (H) _____
Cell / Sel: _____
Relationship to account holder / Verwantskap aan rekeningpligtige: _____

MEDICAL AID INFORMATION / MEDIËSE FONDSE INLIGTING

Medical Aid / Mediese Fonds: _____
Plan / Opsie: _____
Authorisation no / Magtingings nr: _____ Lidmaatskap No / Membership Nr: _____
Dependant Code: _____

CONTACT PERSON (Not residing with you) / KONTAKPERSOON (Nie Inwonend)

Name / Name: _____
Relation / Verwantskap: _____
Tel: _____ Cell / Sel: _____

MAIN MEMBER / HOOFID

Surname / Van: _____ Title / Titel: _____
Full names / Volle name: _____
ID No / ID Nr: _____
Date of Birth / Geboortedatum: _____ Sex / Geslag: _____
Employer / Werkgewer: _____ Beroep / Occupation: _____
Postal address / Posadres: _____
_____ Code / Kode: _____
Residential Address / Woonadres: _____
_____ Code / Kode: _____
Tel (W) _____ Tel (H) _____
Cell / Sel: _____ Email / E-pos: _____

Surgeon / Chirurg: _____

JK 006

Please complete the form, save and e-mail back to: jkeyer@vharts.co.za

PR Reg. No. 057 004 0455997 • PR No. 8806225

tel/fax: +27(0)53 474 2016, cell: +27(0)82 703 7030, email: jkeyser@vharts.co.za

jane keyser clinic⁺
kliniek

DEPOSITO WORD VAN DIE PASIËNTE GEVRA MET TOELATING EN DIE PASIËNT IS VIR DIE VOLLE REKENING VERANTWOORDELIK MET ONTSLAG. U MOET SELF DIE REKENING INSTUUR NA U MEDIESE FONDS. INDIEN DIE REKENING NIE VEREFFEN IS NA 2 MAANDE DEUR U FONDS NIE IS U SELF VERANTWOORDELIK VIR DIE REKENING.

A DEPOSIT IS PAYABLE WHEN PATIENT IS ADMITTED. PATIENT IS LIABLE FOR THE FULL AMOUNT PAYABLE OF ACCOUNT WHEN DISCHARGE. PATIENT MUST SUBMIT ACCOUNT TO THEIR MEDICAL AID. IF THE ACCOUNT IS NOT SETTLED BY THE PATIENT'S MEDICAL AID WITHIN 2 MONTHS, THE PATIENT WILL BE RESPONSIBLE FOR PAYMENT OF THE AMOUNT PAYABLE.

PASIËNT SE INLIGTING / PATIENT INFORMATION

Dokter:
Doctor:

Naam :
Name :

Van :
Surname :

ID Nr.:
ID No.:

Woonadres :
Physical Address :

.....

.....

Posadres :
Postal Address :

.....

.....

Werkgewer & Adres :
Employer & Address :

PASIËNT NR.:
PATIENT NO.:

Pasiënt tel nr.:
Patient tel no.

Pasiënt sel nr.:
Patient cell nr.

Kerkverband:
Church :

.....

Ds.: Tel.:

Naasbestaande:
Next of Kin :

Verwantskap tot Pasiënt:
Relation to Patient :

Tel. nr. Naasbestaande:
Tel. no. Next of Kin :

Adres - Naasbestaande:
Address - Next of Kin :

MEDIESE INLIGTING INSAKE PASIËNT / MEDICAL INFORMATION REGARDING PATIENT

Allergië :
Allergies :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MEDIESE FONDS / MEDICAL AID

Mediese Fonds: Nr.:
Medical Aid : No.:

Naam van Hooflid: ID Nr.:
Members Name : ID No.:

Verwantskap tot Pasiënt :
Relation to Patient :

Tel nr.: Sel nr. :
Tel no.: Cell no.:

Adres van Hooflid :
Address of Member :

Hiermee bevestig ek dat alle bg. inligting juis en korrek is. / I hereby declare that the above information is correct.

HANDTEKENING: DATUM:
SIGNATURE : DATE :