

Computer No. Rekenaar Nr.
------------------------------

**MAIN MEMBER  
HOOFID**

Initials Voorletters		Title Titel
Surname Van		Full Names Volle Name
Date of Birth Geboorte datum		ID Number ID Nommer
Dependant No. (ex 00/01) Afhanklikheids No. (bv 00/01)		Occupation Beroep
Home Address Woonadres		
		Code Kode
		Tel (H)
Postal Address Pos Adres		
		Code Kode
		Cell Sell
E-mail Address E-pos Adres		Fax Faks
Name of Employer Naam van Werkgewer		Tel (W)
Address Adres		Code Kode

**SPOUSE  
EGGENOOT**

Initials Voorletters		Title Titel
Surname Van		Full Names Volle Name
Date of Birth Geboorte datum		ID Number ID Nommer
Dependant No. (ex 00/01) Afhanklikheids No. (bv 00/01)		Occupation Beroep
Home Address Woonadres		
		Code Kode
		Tel (H)
Postal Address Pos Adres		
		Code Kode
		Cell Sell
Employer's address Werkadres		Tel (W)
Email Address E-pos Adres		Code Kode

**DEPENDANTS (ON MEDICAL AID CARD)  
AFHANKLIKES (OP MEDIESEFONDSKAART)**

Surname Van	Initials Voorletters	Full Names Volle Name	Date of Birth Geboortedatum	Relationship Verwantskap	Dep No. Afhanklike Nr.

**MEDICAL AID  
MEDISEFONDS**

Name Naam	Number Nommer
Main Member's Name Hooflid se Naam	Plan

Nearest Family / Friend Naaste Familie / Vriend	Tel
G.P. Huisdokter	Tel
Referred by Verwys deur	Tel

**MEDICAL HISTORY  
MEDIËSE GESKIEDENIS**

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
<b>NAME OF PATIENT NAAM VAN PASIËNT</b>						
Rumatic Fever Rumatiekkooors						
High / Low Blood Pressure Hoë / Lae Bloeddruk						
Kidney Disease Niersiektes						
Sinus Problems Sinus Probeme						
Diabetes Suikersiektes						
Epilepsy Epilepsie						
Muscle Disease Spiersiektes						
Bleeding Tendency Bloeding Neigings						
Stroke Beroerte						
Congenital Heart Lesions Aangebore Hartsiektes						
Heart Murmurs Hart Geruis						
Pace Maker Pasaangeër						
Porphyria Porfirie						
Any Prosthesis Enige Prostese						
Juandice Hepatitis						
Asthma Asma						
Aids Vigs						
Any conditions not listed Enige toestand buite bogenoemde						
Medicine Medisyne						
Allergies Allergieë						
Ladies, are you pregant? Dames, is u swanger?						
Do you smoke? Rook u?						
Have you had anaesthetic? Het u al narkose gehad?						
Any problems with anaesthetic? Het u probleme met narkose gehad?						
Any history of familial malignant Hyperthermia? Is daar malinge Hipertermie in u familie?						

## PRACTICE AGREEMENT

I,..... hereby declare that:

- 1) the information on the preamble hereof are both correct and true;
- 2) that I take full responsibility, nothing excluded, for payment of all accounts / monies that are not paid by my medical aid within 30 days;
- 3) that I undertake to pay all accounts/monies, which have not been paid within 30 days by my medical aid within 14 days and that more interest will be charged on my accounts / monies outstanding longer than 30 days;
- 4) that I undertake to immediately pay all legal fees on an attorney and client scale, interest , 10% collection commission, tracing fees as well as VAT, if applicable, when legal action is instituted against me;
- 5) that I choose my address on the preamble hereof as my chosen *domicilium citandi et executandi*. I accept responsibility to notify the practice in writing of any change of address;
- 6) if divorced that I will be responsible for all outstanding monies not paid by the medical fund, if not signed by the main member.

Signature..... Date.....

## PRAKTYKOORENKOMS

Hiermee verklaar ek,.....

- 1) dat die inligting op die aanhef hiervan waar en korrek is;
- 2) dat ek volle aanspreeklikheid, niks uitgesluit, aanvaar vir alle rekeninge/gelde wat nie binne 30 dae deur my mediese fonds betaal is nie;
- 3) dat ek onderneem om alle rekeninge/gelde wat nie binne 30dae deur my mediese fonds betaal is nie, sonder versuim binne 14 dae te betaal en dat meer rente gehef sal word op rekeninge/bedrae uitstaande langer as 30 dae;
- 4) dat ek onderneem om alle regkoste, insluitende Prokureur kliënte koste, rente 10% invorderingskommissie, opsporingskoste sowel as BTW indien van toepassing onmiddellik te betaal indien aksie teen my ingestel word vir uitstaande rekeninge / bedrae;
- 5) dat ek my adres op die aanhef hiervan kies as my gekose *domicilium citandi et executandi*. Ek aanvaar verantwoordelikheid om die praktyk skriftelik van enige adres verandering in kennis te stel;
- 6) indien geskei en die hooflid nie geteken het nie, dat ek vir alle uitstaande gelde wat nie deur die mediese fonds vereffen is nie, verantwoordelik is.

Handtekening..... Datum.....