

**HOOFLID INLIGTING:**

\* ID NOMMER:                \* VAN:

\* VOLLE NAME:

VOORLETTERS:     GESLAG:  M  V TITEL:  \* GEBOORTEDATUM:  C  C  Y  Y  M  M  D  D

HUISTAAL:

\* SELNOMMER:           HUIS NOMMER:

WERK NOMMER:           WERKGEWER:

FAKS NOMMER:

E- POS ADRES:  E-POS STAAT?  J  N

\* POSADRES:

FISIESE ADRES:

\* POSKODE:

POSKODE:

\* MEDIESE FONDS:

\* PLAN/OPSIE:  GAP cover:  J  N

\* LID NO.:                      HOOFLID AFHANKLIKE KODE:

**PASIËNT INLIGTING:**

\* ID NOMMER:                \* VAN:

\* VOLLE NAME:  NOEMNAAM:

VOORLETTERS:     GESLAG:  M  V TITEL:  \* GEBOORTEDATUM:  C  C  Y  Y  M  M  D  D

HUISTAAL:

SELNOMMER:           Gebruik die nommer vir afspraak / toets uitslae  J  N  
*Hooflid se selnommer sal gebruik word as bo-staande **Nee** is*

HUIS NOMMER:           WERK NOMMER:

E- POS ADRES:

BEROEP:  HUWELIKSTATUS:

VERWANTSAP AAN HOOFLID:  \* AFHANKLIKE KODE:

OUERDOM:  jaar LENGTE:  m GEWIG:  kg

VERWYSENDE DR:  TEL:

**NAASBESTAANDE:** (Nie van dieselfde fisiese adres nie)

VOORLETTERS:     TITEL:  VAN:

VOLLE NAME:

SELNOMMER:           VERWANTSAP AAN PASIËNT:

**Hiermee bevestig ek dat hierdie inligting verskaf waar is en ek neem verantwoordelikheid vir enige valse inligting.**

\* NAAM IN DRUKSKRIF:

\* DATUM VAN HANDTEKENING:  C  C  Y  Y  M  M  D  D \* HANDTEKENING:

**Laat massakommunikasie of kennisgewing SMS van Praktyk toe**  J  N

**Alle velde met \* is verpligtend. Neem kennis dat u (of u ouer of voog) verantwoordelik bly vir die rekening van dienste gelewer deur die praktyk, selfs al is u verseker deur 'n mediese fonds of ander derde party. Verseker dat u die aangehegde Dokter-Pasiënt Kontrak lees en onderteken het.**