HOOFLID INLIGTING:

* ID NOMMER: * VAN:

* VOLLE NAME:

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

HUISTAAL: WERKGEWER:

* SELNOMMER: HUIS NOMMER:

WERK NOMMER: FAKS NOMMER:

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

* POSADRES:

* POSKODE:

FISIESE ADRES:

POSKODE:

* MEDIESE FONDS:

* PLAN/OPSIE: GAP COVER: J N

* LIDNOMMER: HOOFLID AFHANKLIKE KODE:

PASIËNT INLIGTING:

* ID NOMMER: * VAN:

* VOLLE NAME: NOEMNAAM:

VOORLETTERS: GESLAG: M V TITLE: *GEBOORTEDATUM: C C Y Y M M D D

HUISTAAL:

* SELNOMMER: Gebruik die nommer vir afsprake / toets uitslae J N

*Hooflid se selnommer sal gebruik word as bo-staande **Nee** is*

HUIS NOMMER: WERK NOMMER:

E-POS ADRES:

BEROEP: HUWELIKSTATUS:

VERWANTSKAP AAN HOOFLID: * PASIËNT AFHANKLIKE KODE:

OUDERDOM: jaar LENGTE: , m GEWIG: kg

VERWYSENDE DR: TEL. NO.:

HUISDOKTER: TEL. NO.:

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

VOORLETTERS: TITEL: VAN:

VOLLE NAME:

SELNOMMER: VERWANTSAK 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 gelees en onderteken het.

Generated by VeriClaim © 2020