

# MEDICAL FILE / MEDIESE LÊER

1 PATIENT DETAILS / PASIËNT BESONDERHEDE			Account Number Rekening Nommer	
Surname Van		First Name Voornaam		Mr/Mrs/Miss Mnr/Mev/Mej
Date of Birth Geboortedatum		I.D. Number I.D. Nommer		
Occupation Beroep		Home Language Huistaal	Marital Status Huwelikstatus	
Tel. (H)	Tel. (B)	Cell Sel	E-mail E-pos	

2 PERSON RESPONSIBLE FOR ACCOUNT / PERSOON VERANTWOORDELIK VIR REKENING				
Surname Van		First Name Voornaam		Mr/Mrs/Miss Mnr/Mev/Mej
I.D. Number I.D. Nommer				
Postal Address Posadres			Code Kode	
Home Address Woonadres			Code Kode	
Work Address Werksadres			Code Kode	
Tel. (H)	Tel. (B)	Cell Sel	E-mail E-pos	

3 MEDICAL AID / MEDIESE FONDS				
Name Naam			Number Nommer	
Member's Name Hooflid se Naam			Plan Plan	
Tel. (H)	Tel. (B)	Cell Sel		

4 NEAREST FAMILY/FRIEND / NAASTE FAMILIE/VRIEND				
Names Name			Relationship Verwantskap	
Address Adres			Code Kode	
Tel. (H)	Tel. (B)	Cell Sel		

5 REFERRED BY / VERWYS DEUR				
Name Naam			Tel	

6 FAMILY DETAILS / FAMILIE BESONDERHEDE				
Names Name	Date of Birth Geboortedatum	Allergies Allergieë	Other Ander	

This account remains your responsibility until fully paid. Regular follow-ups by the member with the medical aid may be required to ensure prompt payment. In the case of your medical aid not paying the full account you will be liable for the balance.

Die rekening bly u verantwoordelikheid totdat dit ten volle betaal is. U is dus self daarvoor verantwoordelik om die rekening by u mediese fonds op te volg op 'n gereelde basis. Indien u mediese fonds nie die volle bedrag vereffen nie, sal u aanspreeklik wees vir die balans.

I understand and accept the terms above.

Ek verstaan en aanvaar die terme hierbo.

Signed .....

Date .....

Geteken .....

Datum .....