

BESONDERHEDE VAN PERSOON VERANTWOORDELIK VIR BETALING VAN BEHANDELING VIR PASIËNT:
 PARTICULARS OF PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT OF TREATMENT FOR PATIENT:

Van Surname	Naam Name	Titel Title
ID Nommer ID Number	Verwantskap Pasiënt Relationship to Patient	Telnr huis Tel no home
Posadres Postal Address	Poskode/Postal code	Selnummer Cell Number
Woonadres Residential Address		Karregistrasiennr Car Registration number
Beroep Occupation	Naam van werkgewer Name of employer	Telnr werk Tel no work
Werkadres Work Address		Faksnommer Fax number
E-pos vir rekening E-mail for account		Elektroniese versending van rekening is voldoende Electronic transmittance of account is acceptable
Huwelikstatus Marital status		
Eggenoot se naam Name of spouse		
Werk tel/ Work tel		
Naam van mediese fonds Name of medical aid		

Rekenpligtige se naasbestaandes / Next of Kin of person responsible for payment

Van Surname	Naam Name	Titel Title
Verwantskap tot pasiënt/Relationship to patient	Huis telnr Home tel no	Selnr Cell no
Posadres Postal address		
Verwantskap met rekeningpligtige Relationship to person responsible for payment	Werkgewer Employer	Werk telnr Work tel no

PASIËNT INLIGTING – ALGEMEEN / PATIENT INFORMATION – GENERAL

Van Surname	Naam Name		
Noemnaam Preferred name	Selnr Cell no		
Identiteitsnr/geboortedatum Identity number/date of birth	Pasiënt afhanklike nommer Patient dependent no	Manlik Male	Vroulik Female
Skool/Universiteit/beroep School/University/occupation	Sport		
Belangstellings Interests	Hoe is u na die praktyk verwys? How were you referred to the practice?		

ORTODONSIE / ORTHODONTICS

Hoofklagte Main complaint
Wat wil jy graag verander met behandeling? What would you like the Orthodontic treatment to change?

MEDIES / MEDICAL

Tandarts Dentist	Mediese dokter Medical doctor
Stel ons asb. in kennis as u enige abnormale mediese geskiedenis het of aan enige van die volgende of ander chroniese siekte ly: niersiekte, suikersiekte, bloedingsneigings, epilepsie, asma, hartsiekte,allergieë. Please inform us if you are suffering from any of the following chronic illnesses : Kidney disease, diabetes, bleeder, epilepsy, asthma, heart disease, allergies OR have any abnormal medical history	
Het u rumatiekkoors gehad? Have you had rheumatic fever?	

We will submit your account to the Medical Aid on your behalf. Should this however not be paid, you will be held responsible for the account as well as any legal costs on an attorney and client scale. Ons sal u rekening namens u by die Mediese Fonds indien. Indien die rekening egter nie betaal word nie, sal u daarvoor verantwoordelik gehou word asook enige regs-kostes op 'n prokureur en kliënteskaal.

PATIENT/GUARDIAN SIGNATURE
ON BEHALF OF THE PATIENT _____

PLEASE PRINT
NAME HERE _____

PASIËNT/VOOG HANDTEKENING
NAMENS PASIËNT _____

NAAM
IN DRUKSKRIF _____