

Dr ETP van der Walt

Pasiënt Besonderhede / Patient details:

Van Surname		Voorname First Names			Mnr/Mev/Mej Mr/Mrs/Miss	
Geboortedatum Date of Birth		I.D. nommer I.D. number		Sel Cell		
Tel (H)		Tel (B)		E-pos E-mail		
Beroep Occupation		Huistaal Home Language	Huwelikstatus Marital Status		Verwantskap tot rekening pligtige Relation to person responsible for acc.	
Indien die pasiënt enige allergië of siektetoestande het, vermeld asseblief: If the patient has any allergies or illnesses, please supply details:						
Diabeties Diabetic		Ja Yes	Nee No	Roker Smoke		Ja Yes
						Nee No

Person verantwoordelik vir rekening / Person Responsible for account:

Van Surname		Voorname First Names			Mnr/Mev/Mej Mr/Mrs/Miss	
Geboortedatum Date of Birth		I.D. nommer I.D. number		Sel Cell		
Tel (H)		Tel (B)		E-pos E-mail		

Woonadres Home address			Kode Code
Posadres Postal address			Kode Code
Fisiese werkadres Physical work address			Kode Code

Mediese Fonds / Medical Aid:

Mediese fonds naam Medical aid name		Lidnommer Member number	
Mediese fonds plan Medical aid plan		I.D. nommer van hooflid I.D. number of member	
Hooflid naam en van Main member name and surname		E-pos E-mail	

Verwys deur / Referred by:		U huisdokter / Your general practitioner:	
		Pasiënt Gewig in kilogram Patient Weight in kilogram	
Tel (H/B)		Pasiënt Lengte in meter Patient Length in meter	
Sel cell		Bogenoemde word verlang vir 'BMI'-telling Above mentioned needed for BMI score	

Medikasie en aanvullings wat u tans gebruik / Medication and supplements you currently use:

--	--

Naaste familie/vriend wat verkieslik nie by dieselfde adres woon nie (A)**Nearest family/friend, preferably not living at the same address (A)**

Naam/Name		Tel (H/B)		Sel Cell	
Woonadres Home address			Kode Code		

Naaste familie/vriend wat verkieslik nie by dieselfde adres woon nie (B)**Nearest family/friend, preferably not living at the same address (B)**

Naam/Name		Tel (H/B)		Sel Cell	
Woonadres Home address			Kode Code		

Voorwaardes vir diens

Ek, die ondergetekende, die pasiënt, wettige voog of waarborger van die pasiënt genoem op bladsy een:

1. Onderneem om die betaling te doen vir enige regmatigde eis van die Praktyk wat mag voortvloei uit medikasie, mediese voorraad en/of dienste gelewer aan die pasiënt,
2. Bevestig dat ek kennis dra dat:
 - 2.1 Dr Van der Walt uitgekonnekteerde tariewe hef, en dus mag die tariewe my voordele oorskry.
 - 2.2 Die voorwaardes en tariewe vir pasiënte wat deur mediesefondse betaal word, verskil. Ek verstaan dat ek met my mediesefonds moet kommunikeer voor enige konsultasie/prosedure, om die toepaslike tariewe te bevestig
 - 2.3 Ek van Dr Van der Walt se diens gebruik maak, ten spyte van die feit dat hy moontlik nie my mediese fonds se voorkeur diensverskaffer is nie.
 - 2.4 Alle privaat rekeninge is onmiddellik betaalbaar. Indien my mediese fonds nie binne 30 dae van diensdatum betaal, is ek persoonlik verantwoordelik vir betaling.
3. Ek onderneem om, indien die rekening om enige rede onvereffen is en na prokureurs verwys word vir invordering, gesamentlik en afsonderlik aanspreeklik te wees vir die betaling van alle kostes, invorderingskommissie en alle opsporingskoste ingesluit, op die prokeur se terme.
4. Waarborg, indien van toepassing, hiermee dat:
 - 4.1 Ek 'n bona fide lid van die genoemde mediese hulpskema is;
 - 4.2 Die pasiënt 'n bona fide lid/afhanklike is;
 - 4.3 Daar fondse beskikbaar is vir sodanige pasiënt
 - 4.4 Die inligting, soos verskaf op bladsy een, korrek is.
5. Magtig die Praktyk of agent van die Praktyk om enige rekening verskuldig deur die pasiënt aan die mediesefonds of versekeringsmaatskappy voor te lê vir betaling. Desnieteenstaande die voorafgaande word daar spesifiek bepaal dat dit my uitsluitlike plig is om voortydig met die mediese fonds op te volg dat betaling geskied. Die praktyk sal geen aanspreeklikheid aanvaar in gevalle waar rekeninge nie tydig by die mediesefonds ingedien is nie;
6. Magtig die Praktyk, of sy agente om inligting aangaande die behandeling, medikasie en mediese geskiedenis aan sy/haar mediese fonds, bestuurende gesondheidsorgorganisasie of versekeraar te verskaf, asook hulle agente en werknemers wat daarmee handel.
7. Neem kennis dat indien ek rook of enige ander gesondheidsbedreigende gewoontes/toestande het, dit genesig mag beïnvloed.
8. Verstaan dat indien my liggaamsmassa indeks-telling (BMI) bo 35 is, dit tot addisionele koste sal lei, wat nie noodwendig deur my mediese fonds gedek sal word nie, en ek self daarvoor verantwoordelik sal wees.
9. Verstaan dat dit my uitsluitlike verantwoordelikheid is om my mediese fonds te kontak insake voordele en magtigingsverkryging.
10. Indien my mediese fonds nie 'n prosedure magtig nie, sal ek as 'n privaat pasiënt behandel word
11. Onderneem om die Praktyk voortydig in kennis te stel indien enige van die inligting op bladsy een verander.
12. Besef dat die weerhouding van enige inligting (lys van medikasie en aanvullings wat ek gebruik en bestaande siektetoestande), gevolge mag hê waarvoor Dr Van der Walt en die Praktyk nie verantwoordelik gehou sal word nie. (Insluitend rook en misbruik van enige middels).
13. Erken ek dat ek hierdie voorwaardes vrywillig en sonder enige dwang onderteken het.
14. Verstaan dat telefoonoprope moontlik opgeneem kan word.

Voorletters en van in drukskrif

Datum

Handtekening

Conditions of service

I, the undersigned, the patient, legal guardian or guarantor of patient as mentioned on page one:

1. Undertake responsibility of payment for any legal claim of this practise which was accumulated due to medication, medical equipment and/or services delivered to the patient,
2. Confirm that:
 - 2.1 Dr. E.T.P. van der Walt charges contracted out fees, thus the tariffs could differ from my benefit,
 - 2.2 Conditions and tariffs for payment from medical aids differ. I understand that the responsibility of contacting the medical aid before any consultation/procedure, to confirm necessary tariffs has to be done by myself,
 - 2.3 I make use of Dr. E.T.P. van der Walt's services and understand that he could not be my medical aids Designated Service Provider,
 - 2.4 All private accounts payable immediately. Should my medical aid not pay within 30 days from service date, I am personally responsible to pay the account.
3. I undertake to, take full responsibility for an account not being paid and are being handed over to an attorney for the full costs(tracing fees, commissions of attorney, interest and full outstanding balance of the account), on the attorneys terms,
4. Guarantee, if necessary, that:
 - 4.1 I am a valid member on medical aid,
 - 4.2 The patient a valid member/dependant is,
 - 4.3 Funds are available for patients treatment,
 - 4.4 The information as provided on page 1 are true and correct.
5. Authorise the practise or agent of the practise to submit any account on which funds outstanding to the medical aid/insurance agency for relevant payments. It is still my responsibility to timeously enquire from medical aid regarding any outstanding balances.
6. Authorise the practise or agent of the practise to release current treatment, medication, medical history to the medical aid, health practitioner or insurance agency/employees that is directly handling my affairs/account.
7. Acknowledge that if I smoke or have any other health issues(not mentioned) could have a negative effect on my healing process
8. Understand that my body mass index score(BMI) if above 35, would lead to additional fees that would not necessarily be paid by my medical aid, which I would be responsible for.
9. Contacting the medical aid regarding benefits and authorisation is my sole responsibility
10. No pre-authorisation means that I will be handled on a private basis
11. Undertake to contact the practise if any changes occur that differs from the original data submitted on page one
12. Acknowledge that withholding of any information (medication/supplements, illnesses) may have risks involved whereby Dr. van der Walt and employees cannot be held responsible. (Including smoking and substance abuse).
13. Acknowledge that this terms and conditions have been signed willingly without force.
14. Understand that telephone conversations might be recorded.

Initials and surname in print

Date

Signature