

HOOFID INLIGTING

* ID NOMMER		* VAN	
* VOLLE NAME			
VOORLETTERS		GESLAG	M V
HUISTAAL		TITEL	
SELNOMMER		* GEBOORTEDATUM	C C Y Y M M D D
WERK NOMMER		WERKGEWER	
E-POS ADRES		HUIS NOMMER	
* POS ADRES		FAKS NOMMER	
		E-POS STAAT	J N
FISIESE ADRES			
* MEDIESE FONDS			
* PLAN/OPSIE		GAP COVER	J N
* LIDNOMMER		HOOFID AFHANKLIKE KODE	

PASIËNT INLIGTING

* ID NOMMER		* VAN	
* VOLLE NAME		NOEMNAAM	
VOORLETTERS		GESLAG	M V
HUISTAAL		TITEL	
SELNOMMER		* GEBOORTEDATUM	C C Y Y M M D D
		Gebruik die nommer vir afsprake / toets uitslae	J N
		<i>Hoofid se selnommer sal gebruik word as bo-staande Nee is</i>	
HUIS NOMMER		WERK NOMMER	
E-POS ADRES			
BEROEP		HUWELIKSTATUS	
VERWANTSAP AAN HOOFID		* PASIËNT AFHANKLIKE KODE	
OUDERDOM	jaar	LENGTE	m
		GEWIG	kg
VERWYSENDE DR		TEL NOMMER	
HUISDOKTER		TEL NOMMERR	

NAASBESTAANDE (Nie van dieselfde fisiese adres nie)

VOORLETTERS		TITEL		VAN	
VOLLE NAME					
SELNOMMER		VERWANTSAP AAN PASIËNT			

Hereby I confirm that the information I supplied is true and I am responsible for any false information provided

* NAAM IN DRUKSKRIF	
* DATUM VAN HANDTEKENING	C C Y Y M M D D
* HANDTEKENING	

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.

