

Bednr: _____
Reknr: _____

Pasiënt Besonderhede / Patient Information

Van / Surname	<input type="text"/>	Titel / Title	<input type="text"/>	Voorletters Initials	<input type="text"/>
Volle Naam Full Names	<input type="text"/>			Huis tel/ Home Tel:	<input type="text"/>
Huis Adres/ Home Address	<input type="text"/>	Sel nr. / Cell no.	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	Werk Tel. / Work Tel.	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	ID nr. / ID no.	<input type="text"/>		
Kode / Code	<input type="text"/>	E-pos pasiënt/ E-mail patient	<input type="text"/>		
Posadres / Postal Address	<input type="text"/>	Naasbestaandes / Next of Kin			
	<input type="text"/>	Naam / Name	<input type="text"/>		
Kode / Code	<input type="text"/>	Verwantskap / Relation	<input type="text"/>		
Verlang parking gedurende verblyf/ Require parking during stay?	<input type="text"/>	Ja/Yes Nee/No	Telefoon nr. / Phone no.	<input type="text"/>	
Motorregistrasie nr./ Motor Registration nr.	<input type="text"/>	Naam / Name	<input type="text"/>		
Hoeveelheid Psigiaters/ Sielkundige besoeke gedurende jaar: Amount of Psychiatrist/ Psychologist visits during year:	<input type="text"/>	Verwantskap/ Relation	<input type="text"/>		
Naam van Psigiaters ens.: Name of Psychiatrist etc.:	<input type="text"/>	Telefoon nr. / Phone no.	<input type="text"/>		
Handtekening / Signature: (Pasiënt/Patient)	_____	Opname / Admission Datum/Date:	_____	Opname Tyd / Admission Time:	_____

Hooflid Besonderhede / Main Member Information

Preferred method of communication:	Telefoon/ Telephone	E-Pos/ mail	E-SMS/	Whatsapp
Van / Surname	<input type="text"/>	Titel / Title	<input type="text"/>	Voorletters Initials <input type="text"/>
Volle naam/ Full Names	<input type="text"/>		E-pos hooflid/ E-mail main member	<input type="text"/>
Pos Adres / Postal Address	<input type="text"/>	Huis Tel. / Home Tel.:	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	Werk Tel. / Work Tel.	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	Sel nr. / Cell nr.	<input type="text"/>	
Kode / Code	<input type="text"/>	ID nr. / ID no.	<input type="text"/>	
Beroep / Occupation	<input type="text"/>	Mediese fonds / Medical Aid	<input type="text"/>	
Werkgewer / Employer	<input type="text"/>	Mediese fonds Opsie / Medical Aid Plan	<input type="text"/>	
Werks Adres / Working Address	<input type="text"/>	Mediese fonds nr. / Medical Aid no	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	Magtigings nr. / Authorisation no.	<input type="text"/>	
Verwantskap v Pasiënt Relationship to Patient	<input type="text"/>	Behandelende Dr. Attending Doctor	<input type="text"/>	

PATIENT INDEMNITY / PASIËNT VRYWARING

I, irrevocably and unconditionally, indemnify Bloemcare directors and staff against any injury suffered during my stay in Bloemcare or when using the transport arranged/supplied by Bloemcare.

When leaving the premises with, or without, consent it will be at my own risk.

When using the gymnasium it will be at my own risk.

I indemnify the directors and staff against any loss, damage, harm or costs of any nature that I may suffer during my stay.

Ek vrywaar die Bloemcare direkteure en personeel, sonder enige voorbehoud, teen enige beserings wat ek mag opdoen tydens my verblyf te Bloemcare of wanneer ek gebruik maak van vervoer wat deur Bloemcare gereël word.

Indien ek die hospitaalgronde met of sonder toestemming verlaat is dit op eie risiko.

Indien ek van die gimnasium gebruik maak is dit op eie risiko.

Ek vrywaar die direkteure en personeel teen enige verlies, skade of onkoste wat ek mag ly tydens my hospitalisasie.

Patient's signature / Handtekening van Pasiënt: _____

ACKNOWLEDGEMENT / ONDERNEMING:

I, the undersigned, acknowledge the following:

I will be held responsible for payment of the full account, irrespective of my membership at a medical aid and the handling of the account by the medical aid.

All costs and disbursements, including legal costs on attorney-client scale, shall be payable as and when incurred on all arrear accounts.

The parties hereby choose domicilium citandi et executandi (physical address) for all notices and/or processes to be given and served at their respective addresses referred to herein.

I declare that the information supplied herein is true and correct.

Ek, die ondergetekende gee die volgende onderneming:

Ek bly primêr verantwoordelik vir die vereffening van die volle rekening, ongeag my lidmaatskap by 'n mediese fonds en die hantering van die rekening deur die betrokke mediese fonds.

Alle koste en uitgawes, insluitende regs-koste op prokureur-kliënt skaal, sal betaalbaar wees op alle agterstallige bedrae indien dit nodig sou wees om 'n eis in te stel.

Die partye kies *domicilium citandi et executandi* (fisiese adres) vir die aflewering van alle kennisgewings en/of prosesstukke te die gegewe adres soos hierin vermeld.

Ek verklaar dat die besonderhede soos verstrek waar en juis is.

ACCOUNT NOTICE:

Bloemcare's account covers: Ward fees and Pharmacy account.

Separate Accounts will be received from: Psychiatrist, Psychologist Physiotherapist, Occupational Therapist, blood tests ect.

Please ensure that you have benefits related to other therapy and/or treatment as this will be charged to you or your medical aid separately.

REKENING KENNISGEWING:

Bloemcare rekening dek: Saalfooie en Apteekrekening.

Afsonderlike rekeninge word ontvang van: Psigiater, Sielkundige, Arbeidsterapeut, Fisioterapeut, bloedtoetse ens.

Maak asseblief seker dat u voordele het vir alle ander terapie en/of behandeling aangesien u of u mediese fonds afsonderlike rekeninge daarvoor sal ontvang.

SIGNED at / GETEKEN te BLOEMCARE on this / op hierdie _____ day of / dag van _____ 20____

Name / Naam: _____ ID No / ID Nr: _____

Signature / Handtekening _____ Witness signature / Handtekening van Getuie _____

BLOEMCARE Office Information / BLOEMCARE Kantoorinligting:

• Patient admitted by / Pasiënt opgeneem deur: Name / Naam: _____

Signature / Handtekening: _____

• Photocopies of / Fotostate van:

• Identity document / Identiteitsdokument YES NO.....

• Medical aid card / Mediese fonds kaart YES NO.....

• Private Patient deposit / Privaat Pasiënt deposito: YES NO.....

Reason if NO / Rede vir NEE

• Identification tag / Identifikasie band YES NO.....

Administrative Notes / Administratiewe Notas:
