



Dr. Simoné
DENTIST

PASIENT BESONDERHEDE:

Van:	Voorname:
Geboortedatum:	ID No:
Beroep:	Huistaal:
Tel (H):	Tel (B):
Sel:	E-pos:
Dependent Code:	

PERSOON VERANTWOORDELIK VIR REKENING / HOOFID VAN MEDIESE FONDS:

Van:	Voorname:
ID Nommer:	
Woonadres:	Kode:
Posadres:	Kode:
Werkgewer:	Beroep:
Tel (H):	Tel (B):
Sel:	E-Pos:

MEDIESE FONDS BESONDERHEDE:

Naam:	
Plan:	Nommer:

NAASTE FAMILIE / VRIEND:

Naam:	Sel:
-------	------

MEDIESE GESKIEDENIS: Merk met x indien van toepassing

Hart Kwale		Vaskulere siekte	
Rumatiekkors		Hoë Bloeddruk	
Prosteses		Beroerte	
Porfirie		Bloed stollings probleme	
Artritis		Hoë cholesterol	
Sinus probleme		Asma	
Tuberkulose/Tering		Diabetes	
Kanker		Maag of ingewande probleme	
Moontlike blootstelling aan HIV/AIDS?		Orgaan Oorplanting	
Nier probleme		Hormoon probleme	
Geelsug / Lewer probleme		Epilepsie	
Anaemi Bloedarmoede		Rook u en hoeveel per dag?	
Het u die afgelope 2 jaar kortisoen behandeling gehad?		Depressie	



Dr. Simoné
DENTIST

Do you have any allergies? Which?

Neem u medikasie of tablette gereeld? Watter

Vroulike pasiente: Is u swanger?

Hoeveel maande?

Mediese Fonds Pasiënte

- **ń Administratiewe fooi** sal gehêf word indien u sou verkies dat hierdie praktyk u eis namens u by u mediese fonds indien. Die fooi word bereken teen **6%** van die koste van die behandeling van daardie dag en is betaalbaar direk na die afspraak.
- U mediese fonds dek **NIE hierdie fooi NIE**.
- Die koste van die behandeling wat van u mediese fonds geëis word sal teen u mediese fonds tariewe bereken word. Hierdie praktyk kan egter nie waarborg dat die fonds elke eis sal betaal nie en kan hierdie praktyk nie aanspreeklik gehou word vir eise wat nie deur mediese fondse betaal word nie.
- Bring uself op hoogte met u mediese fonds voordele. Dit is u as lid se verantwoordelikheid om te weet waneer goedkeurings of motiverings vereis word. Ons sal u graag hiermee bystaan indien nodig. Sou **ń eis** nie deur u mediese fonds betaal word nie, kan hierdie praktyk nie daarvoor aanspreeklik gehou word nie.
- Indien **ń eis** nie volledig deur u mediese fonds vereffen word nie sal die pasiënt verantwoordelik gehou word vir die uitstande bedrag.
- Sou **ń pasiënt** verkies om nie die administratiewe fooi te betaal nie, sal die volle bedrag van die behandeling direk na die afspraak betaalbaar wees.

Privaat Pasiënte

- Alle behandeling is ten volle betaalbaar direk na die afspraak.
- Geen afbetaalingsooreenkomste of gedeeltelike betalings word aanvaar nie.
- Vir groter behandeling mag u **ń gedeeltelike betaling** vereis word.

Die Pasiënt is verantwoordelik vir enige koste wat nie deur die mediese fonds vereffen is nie.

Naam: _____ Handtekening: _____ Datum: _____