

LEER NR: (Slegs vir kantoor gebruik)	
---	--

**I. PASIENT SE PERSOONLIKE BESONDERHEDE:**

VAN:	TITEL:	VOORLETTERS:
VOLLE NAME:		
ID NR:	DATUM VAN GEBOORTE:	
HUISTAAL:	HUWELIKSTATUS:	
BEROEP:		
NAAM VAN WERKGEWER:		
HUIS TEL NR:	WERK TEL NR:	SEL NR:
E-POS ADRES:		
WOONADRES:	POSADRES:	
	KODE :	POSKODE:

**II. HOOFID | PERSOON VERANTWOORDELIK VIR HIERDIE REKENING (Indien nie bg):**

VAN:	TITEL:	VOORLETTERS:
VOLLE NAME:		
ID NR:	DATUM VAN GEBOORTE:	
WERKGEWER:		
HUIS TEL NR:	WERK TEL NR:	SEL NR:
E-POS ADRES:		
WOONADRES:	KODE :	

**III: MEDIESE FONDS BESONDERHEDE:**

MEDIESE FONDS SKEMA:	PLAN/OPSIE:
LIDNOMMER:	MAGTIGING / VERWYSINGS NR: (NET AS NIE VERWYS VAN GP OF SPESIALIS NIE)
AFHANKLIKE KODE:	

**IV: VERWYS DEUR:**

NAAM:		
ADRES:		
	KODE:	TEL NR:

**V: NOOD KONTAK (Persoon om te kontak ingeval van 'n mediese noodgeval en mediese rekening):**

VAN:	NAAM:
VERWANTSKAP:	
SEL NR:	NOOD KONTAK ADRES:
WERK NR:	
HUIS NR:	
E-POS ADRES:	KODE:

## **LET WEL:**

- **PRIVAAT PASIENTE** – Moet hul rekening ten volle vereffen na hul konsultasie. (Fooie teen mediese fonds tariewe).
- **MEDIESE FONDS PASIENTE** – Raadpleeg asb jou mediese fonds voor jou afspraak om 'n magtiging of verwysings nommer soos per reëls van die skema te bekom. Ons fooie is ingekontrakteer by die mediese fondse.

**NB** : Pasiënte wat gebruik maak van buitelandse mediese fondse (bv. **Botswana, Namibia, Swaziland**, ens.) word verwag om hul rekening ten volle te vereffen na die konsultasie. Ons sal u voorsien met 'n volledige staat en kwitansie sodat u kan terug eis van u mediese fonds .

- Fooie sal gehêf word vir die skryf van herhaal voorskrifte, motiverings, voltooiing van chroniese medikasie vorms en telefoon konsultasies.
- As 'n diens, stuur hierdie praktyk alle eise elektronies aan die mediese fonds, maar **die pasiënt is steeds ten volle verantwoordelik vir sy / haar rekening en nie die mediese fonds nie.**
- Die pasiënt word **60 dae** gegun om sy / haar rekening ten volle te vereffen.
- Indien betaling nie binne **60 dae** gemaak is, sal die rekening aan ons Prokureurs vir invordering oorhandig word.
- Die pasiënt sal aanspreeklik gehou word om enige invordering en / of prokureur fooie op die Prokureur-kliëntskaal te betaal.
- As gevolg van die onbetroubaarheid van die pos diens, sal alle rekeninge per e-pos, faks en / of ge-SMS word aan die persoon verantwoordelik vir die rekening.

Hiermee, verklaar ek, Dr/Prof/Mnr/Mev/Mej \_\_\_\_\_,  
dat die inligting wat ek verskaf het waar en korrek is en dat ek ooreenstem met die bogenoemde terme en voorwaardes.

Pasiënt se Handtekening: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Borg se Handtekening: \_\_\_\_\_  
(Persoon verantwoordelik vir die rekening)

Datum: \_\_\_\_\_

**BLAAI OM ASB**

# *Dr Louis P Wilken*

*ALGEMENE INTERNIS / SPECIALIST PHYSICIAN  
BSc Hons. Farm ( PU-CHO ), M.B.Ch.B ( Pret ) M.Med Int ( Pret )  
PR. No. 1810006*

Suite 15  
P/Bag x 2005  
Menlyn  
0063  
*[louispw@medi.co.za](mailto:louispw@medi.co.za)*

Tel : (012) 348 9570

Fax : (012) 348 2437

---

## **PASIËNT VERTROUOLIKHEID BEKENDMAKING TOESTEMMINGSFORMULIER**

Ek, die ondergetekende ..... (Volle naam en van), as

Pasiënt

/

Wettige Voog

Identiteitsnommer: .....

Hiermee magtig Dr Louis Phillippus Wilken en / of personeellid wat deur hom benoem is, wat in besit is van inligting oor my mediese diagnose en behandeling saam met my gesondheid en persoonlike besonderhede, van sodanige inligting te verskaf aan my Mediese Fonds en ander voorsieners van gesondheidsorg.

Ek wil verder daarop dui dat sodanige toestemming om sodanige inligting bekend te maak, is slegs vir die doel van die behandeling en bestuur van my mediese toestand.

Ek wil verder daarop dui dat hierdie toestemming uit my eie vrye wil gegee is, sonder enige onbehoorlike invloed van Dr Louis Phillippus Wilken en / of personeellid wat deur hom benoem is.

Geteken te Pretoria, op hierdie .....dag van ..... 20.....

\_\_\_\_\_  
Ondertekening van die pasiënt / voog

\_\_\_\_\_  
Getuie