

TOELATINGSVORM / FORM OF ADMISSION

HOOFID / MAIN MEMBER

Van Surname		Titel Title	Dr / Mnr / Mev / Mej / Dr / Mr / Mrs / Miss /
Voorname First Names		ID-no ID No	
Woonadres Residential Address		Tel-no (H) Tel No (H)	
		Tel-no (W) Tel No (W)	
	Poskode Postal Code	Sel-no Cell No	
Posadres Postal Address		E-pos-adres E-Mail Address	
	Poskode Postal Code	Taalkeuse Language Choice	Afrikaans / English
Naam van werkgever Name of Employer		Tel-no Tel No	

PASIËNT / PATIENT

Van Surname		Titel Title	Dr / Mnr / Mev / Mej / Dr / Mr / Mrs / Miss /
Voorname First Names		ID-no ID No	
Woonadres Residential Address		Tel-no (H) Tel No (H)	
		Tel-no (W) Tel No (W)	
	Poskode Postal Code	Sel-no Cell No	
Posadres Postal Address		E-pos-adres E-Mail Address	
	Poskode Postal Code	Taalkeuse Language Choice	Afrikaans / English

MEDIESE BYSTANDSFONDS / MEDICAL AID FUND

Fondsnaam Fund Name		Lidmaatskap-no Membership No	
Plan of Opsie Plan or Option		Afhanklike-kode Dependant Code	Hoofid Main Member Pasiënt Patient
Hoofid se Van Main Member's Surname		Titel Title	Dr / Mnr / Mev / Mej / Dr / Mr / Mrs / Miss /
Hoofid se Voornaam Main Member's First Name		ID-no ID No	

NAASTE FAMILIELID OF VRIEND / CLOSEST FAMILY MEMBER OR FRIEND

Van Surname		Titel Title	Dr / Mnr / Mev / Mej / Dr / Mr / Mrs / Miss /
Voorname First Names		Verwantskap Relationship	
Woonadres Residential Address		Tel-no Tel No	
		E-pos-adres E-Mail Address	
	Poskode Postal Code		

PASIENT HANDTEKENING PATIENT SIGNATURE		NAAM NAME		DATUM DATE	
OUER HANDTEKENING PARENT SIGNATURE		NAAM NAME		DATUM DATE	

VIR ONSE BEMORKING DOELEINDES / FOR OUR MARKETING PURPOSES

VERWYSENDE DOKTER / REFERRING DOCTOR	
WAAR HET U VAN ONSE GEHOOR? / WHERE DID YOU HEAR FROM US?	

Verwys na die Terme en Voorwaardes op die agterkant van hierdie vorm / Refer to the Terms and Conditions on the back of this form.

AFRIKAANS

TERME EN VOORWAARDES

- 1. DIE PRAKTYK:**
Die Praktek beteken die mediese praktyk soos beskryf op die voorkant van hierdie Toelatingsvorm.
- 2. AANVAARDING:**
Die ondergetekende, pasiënt, verantwoordelike persoon, ouer, wettige voog, of borg van die pasiënt, aanvaar hiermee aanspreeklikheid as hoofskuldenaar, alternatiewelik as medeskuldenaar gesamentlik en afsonderlik met die pasiënt, vir die betaling van enige eise van die Praktek wat mag voortvloei uit medikasie of dienste gelewer aan die pasiënt, of gelewer staan te word aan die pasiënt, nieëenstaande die bestaan van 'n mediese bystandsfonds of versekering wat sodanige eise mag dek.
- 3. BETALINGSVOORWAARDES**
Enige persoon wat hierdie Toelatingsvorm in enige van die hoedanighede hierbo onderteken, bevestig (1) dat hy homself van die tariewe vergewis het (2) dat hy toestemming gee dat die rekening na die mediese fonds gestuur mag word (3) dat indien die mediese fonds nie die volle bedrag vereffen nie, hy onderneem om die rekening binne 30 dae na ontvangs te betaal (4) dat hy die Praktek binne 14 dae na die behandelingsdatum sal kontak en verwittig indien hy nie 'n rekening ontvang het nie.
- 4. KONTRAKBREUK:**
Indien enige van die partye hierbo kontrakbreuk pleeg, is die Praktek onmiddellik geregtig om regstappe te neem en rente te hef teen 'n koers van 24% op die uitstaande balans per jaar vanaf die datum van die rekening tot ontvangs van betaling.
- 5. ALGEMEEN:**
Hierdie Toelatingsvorm stel die algehele ooreenkoms tussen die partye daar en geen ooreenkomste, voorstellings of waarborge wat tussen die partye bestaan, anders as wat spesifiek hierin uiteengesit word nie sal van krag wees nie. Geen wysiging, verandering of kansellering van hierdie ooreenkoms sal enige regspraak dra tensy dit op skrif geplaas word en deur alle betrokke partye onderteken word nie.
- 6. JURISDIKSIE:**
Hierdie ooreenkoms is onderworpe aan, en sal geïnterpreteer word ooreenkomstig die reg en die wetgewing van die Republiek van Suid-Afrika (RSA) en sal onderworpe wees aan die jurisdiksie van 'n bevoegde hof in die RSA.
- 7. PERSOONLIKE INLIGTING:**
Die ondergetekende, pasiënt, verantwoordelike persoon, wettige voog, of borg van die pasiënt, gee hiermee toestemming aan die Praktek om kredietinligting oor hulle te bekom, te deel en uit te ruil met enige kredietburo of ander instelling met wie hulle finansiële transaksies gehad het of kon gehad het, sowel as, waar van toepassing, enige ander inligting wat versoek word kragtens enige omstandighede soos beoog word in die Wet op Nasionale Krediet, Wet 34 van 2005. Bykomend kry die Praktek ook toestemming om persoonlike mediese inligting soos ICD10 diagnostiese kodes en kliniese inligting ten opsigte van die pasiënt te openbaar aan sy regsverteenvoerders, skuldinvorderaars asook mediese fonds met dien verstande dat sodanige inligting as vertroulik en in goeie trou hanteer word slegs tot die mate wat dit vir invorderingsaksies benodig word.
- 8. DOMICILIUM / WOONADRES**
Die partye kies as die domicilium citandi et executandi (woonadres) die adres soos aangedui op die keersy van hierdie dokument.
- 9. REGSKOSTES:**
Indien die pasiënt nie die rekening betaal nie en die Praktek besluit om regstappe teen die pasiënt te neem, onderneem die pasiënt om die regskoste te betaal vir die invordering van die uitstaande skuld ten opsigte van mediese dienste gelewer, insluitende prokureursfooeie op 'n prokureur-eie-klieënt-skaal, invorderingsfooeie en – kommissie, rente en opspingskoste.

Geteken te Wierdapark op hierdie dag van 20.....

.....
PASIËNT
NAAM IN DRUKSKRIF

OUER/VOOG
NAAM IN DRUKSKRIF

ENGLISH

TERMS AND CONDITIONS

- 1. THE PRACTICE:**
The Practice means the medical practice as described on the turn side of this Form of Admission
- 2. ACCEPTANCE:**
The undersigned, patient, responsible person, parent, legal guardian, or surety of the patient, hereby assumes liability as the principal debtor, alternatively as co-debtor jointly and severally with the patient, for the payment of any claims by the Practice arising from medication given or services rendered to the patient, or to be rendered to the patient, notwithstanding the existence of a medical aid fund or insurance covering such claims.
- 3. TERMS OF PAYMENT**
Any person who signs this document in any of the capacities described above, confirms that (1) he is apprised of the tariffs charged by the Practice (2) he gives permission that the account may be sent to the medical aid (3) In the case that the medical aid does not pay in full, he will settle the account within 30 days after receipt (4) he will notify the Practice within 14 days after the treatment date if he has not received an account.
- 4. BREACH:**
In the event where any of the abovementioned parties commits a breach of contract, the Practice is entitled to take immediate legal action and charge arrears interest at a rate of 24% per year on the outstanding balance from the date of invoice to the date of payment
- 5. GENERAL:** This Form of Admission constitutes the whole and entire agreement between the parties and there have not been and there are no agreements, representations or warranties between the parties other than those specifically set forth herein. No variation, modification or cancellation of this agreement shall be of any legal force or effect unless the same shall be confirmed in writing and signed by all parties involved.
- 6. JURISDICTION:**
This agreement is subject to and shall be interpreted and construed in terms of the laws of the Republic of South Africa and is subject to the jurisdiction of a competent court in the Republic of South Africa.
- 7. PERSONAL INFORMATION:**
The undersigned, patient, responsible person, legal guardian, or surety of the patient, hereby authorises the Practice to collect, share and exchange credit information concerning them with any credit bureau or any other person or corporation with whom they may have had or may have financial dealings, as well as, where applicable, other information requested pursuant to, or in any circumstances contemplated in the National Credit Act, Act 34 of 2005. Furthermore, the Practice is given the right to disclose personal medical information such as ICD10 diagnostic codes and clinical information pertaining to the patient to its legal representatives, debt collectors and medical aid provided that such information is treated as confidential and in good faith and only insofar as it is necessary for debt collecting purposes.
- 8. DOMICILIUM**
The parties choose the domicilium citandi et executandi at the address shown on the overleaf
- 9. LEGAL COSTS:**
Should the Practice commence legal proceedings, the patient undertakes to pay all legal costs relating to the recovery of the outstanding monies in respect of professional services rendered, including attorney fees on an attorney-own-client scale, collection fees and commission, interest and tracing costs.

Signed at Wierdapark on this day of 20.....

.....
PATIENT
NAME IN BLOCK LETTERS

PARENT/GUARDIAN
NAME IN BLOCK LETTERS

<i>Vir kantoorgebruik alleen / For office use only (Parafeer / Initial)</i>		<i>Pasiënt Mediese Fonds Lidmaatskap Geverifieer</i>	<i>"Real Time":</i>
<i>Afskrif van Pasiënt ID-dokument op lêer:</i>	<i>Afskrif van Mediese Fonds Lidmaatskapkaart op lêer:</i>		<i>Internet:</i>
<i>Afskrif van Verantw Persoon ID-dokument op leer:</i>	<i>Albei bladsye van ooreenkoms onderteken en op lêer:</i>		<i>Telefonies:</i>