



**ADMISSION FORM
TOELATINGSVORM**

**PO BOX/POSBUS 265125
THREE RIVERS/DRIE RIVIERE
VEREENIGING 1935
C/O SQUARE & NILE DRIVE
H/V SQUARE & NILE DRIVE
Tel: (016) 454 6000
Fax: (016) 454 0640**

ADMISSION DATE/OPNAME DATUM: _____

**PERSON RESPONSIBLE FOR PAYING ACCOUNT OR MEDICAL AID MAIN MEMBER
PERSOON VERANTWOORDELIK VIR DIE BETALING VAN REKENING EN/OF HOOFLID VAN FONDS**

Surname/Van: _____

Occupation/Beroep: _____

Full names/Volle name: _____

Employer/Werkgewer: _____

Address/Adres: _____

Marital status/Huweliks status: _____

Medical aid/Mediese fonds: _____

Postal address/Posadres: _____

Membership nr/Lidmaatskap nr: _____

_____ **Code/Kode:** _____

Option/Opsie: _____

Work/Werk tel: _____

Dependant nr/Afhanklike nr: _____

Home/Huis tel: _____

Date joined/Datum aangesluit: _____

Cell nr/Selnommer: _____

Authorization nr/Magtigings nr: _____

I.D Nr: _____

E-mail/E-pos: _____

NEXT OF KIN/NAASBESTAANDE

CONTACT PERSON/KONTAKPERSOON

Surname/Van: _____

Surname/Van: _____

Relationship/Verwantskap: _____

Relationship/Verwantskap: _____

Address/Adres: _____

Address/Adres: _____

Home/Huis tel: _____

Home/Huis tel: _____

Work/Werk tel: _____

Work/Werk tel: _____

PATIENT INFORMATION/BESONDERHEDE VAN PASIËNT

Surname/Van: _____

Gender/Geslag: _____ **Language/Taal:** _____

Full names/Volle name: _____

Cel nr/Selnommer: _____

Work/Werk tel: _____

Residential/Woonadres: _____

Religion/Kerkverband: _____

_____ **Code/Kode:** _____

Relationship/Verwantskap: _____

I.D Nr: _____

Date of birth/Geboorte datum: _____

GP/Huisdokter: _____

Admitting dr./Opnamedokter: _____

Operation date/Operasiedatum: _____

Practice no/Praktyk nr: _____

Diagnosis & procedure/Diagnose & prosedure: _____

Procedure code/Prosedure kode: _____ **ICD 10 Code/Kode:** _____

HAND IN FORM 48 HOURS PRIOR TO ADMISSION/HANDIG VORM IN 48 UUR VOOR OPNAME