

HOOFLID INLIGTING:

* ID NOMMER:	<input type="text"/>	* VAN:	<input type="text"/>
* VOLLE NAME:	<input type="text"/>		
VOORLETTERS:	<input type="text"/>	GESLAG:	<input type="text"/> M <input type="text"/> V
TITEL:	<input type="text"/>	* GEBOORTEDATUM:	<input type="text"/> C <input type="text"/> C <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> D <input type="text"/> D
HUISTAAL:	<input type="text"/>		
* SELNOMMER:	<input type="text"/>	HUIS NOMMER:	<input type="text"/>
WERK NOMMER:	<input type="text"/>	WERKGEWER:	<input type="text"/>
FAKS NOMMER:	<input type="text"/>		
E- POS ADRES:	<input type="text"/>	E-POS STAAT?	<input type="text"/> J <input type="text"/> N
* POSADRES:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
FISIESE ADRES:	<input type="text"/>	* POSKODE:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	POSKODE:	<input type="text"/>
* MEDIESE FONDS:	<input type="text"/>		
* PLAN/OPSIE:	<input type="text"/>	GAP cover:	<input type="text"/> J <input type="text"/> N
* LID NO.:	<input type="text"/>	HOOFLID AFHANKLIKE KODE:	<input type="text"/>

PASIËNT INLIGTING:

* ID NOMMER:	<input type="text"/>	* VAN:	<input type="text"/>
* VOLLE NAME:	<input type="text"/>	NOEMNAAM:	<input type="text"/>
VOORLETTERS:	<input type="text"/>	GESLAG:	<input type="text"/> M <input type="text"/> V
TITEL:	<input type="text"/>	* GEBOORTEDATUM:	<input type="text"/> C <input type="text"/> C <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> D <input type="text"/> D
HUISTAAL:	<input type="text"/>		
SELNOMMER:	<input type="text"/>	Gebruik die nommer vir afspraak / toets uitslae Hooflid se selnommer sal gebruik word as bo-staande Nee is	<input type="text"/> J <input type="text"/> N
HUIS NOMMER:	<input type="text"/>	WERK NOMMER:	<input type="text"/>
E- POS ADRES:	<input type="text"/>		
BEROEP:	<input type="text"/>	HUWELIKSTATUS:	<input type="text"/>
VERWANTSAP AAN HOOFLID:	<input type="text"/>	* AFHANKLIKE KODE:	<input type="text"/>
OUDERDOM:	<input type="text"/> jaar	LENGTE:	<input type="text"/> m
GEWIG:	<input type="text"/> kg		
VERWYSENDE DR:	<input type="text"/>	TEL:	<input type="text"/>

NAASBESTAANDE: (Nie van dieselfde fisiese adres nie)

VOORLETTERS:	<input type="text"/>	TITEL:	<input type="text"/>	VAN:	<input type="text"/>
VOLLE NAME:	<input type="text"/>				
SELNOMMER:	<input type="text"/>	VERWANTSAP AAN PASIËNT:	<input type="text"/>		

Hiermee bevestig ek dat hierdie inligting verskaf waar is en ek neem verantwoordelikheid vir enige valse inligting.

* NAAM IN DRUKSKRIF:	<input type="text"/>
* DATUM VAN HANDTEKENING:	<input type="text"/> C <input type="text"/> C <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> D <input type="text"/> D
* HANDTEKENING:	<input type="text"/>
Laat massakommunikasie of kennisgewing SMS van Praktyk toe	
<input type="text"/> J <input type="text"/> N	

Alle velde met * is verpligtend. Neem kennis dat u (of u ouer of voog) verantwoordelik bly vir die rekening van dienste gelewer deur die praktyk, selfs al is u verseker deur 'n mediese fonds of ander derde party. Verseker dat u die aangehegde Dokter-Pasiënt Kontrak lees en onderteken het.