



Dr. Sampie Smith
MP 059 0983 PRAKTYKNI, 042 0000 443212 M.B.CHB M.MED(CHIRURGIE) UOVS
SPECIALIST SURGEON SPESIALIS CHIRURG

Pasiënt Besonderhede

Van: _____
Volle name: (Mnr./Mev./Mej.): _____
ID nommer: _____
Telefoon: Huis: _____ Werk: _____
Selfoon: _____ Faks: _____
E-pos adres: _____
Beroep: _____
Naam & adres van werkgewer: _____
Naam & adres van naasbestaande: _____
Telefoon nommer van naasbestaande: _____ Verwantskap: _____
Verwysende Dr.: _____

Besonderhede van person wat verantwoordelik is vir betaling van dienste gelewer

(Alle konsultasies is betaalbaar op die diens datum, sien dokument: "Praktyk rekening struktuur en pasiënt verantwoordelike")

Van: _____
Volle name: (Mnr./Mev./Mej.): _____
ID nommer: _____
Posadres: _____
Woonadres: _____
E-pos adres: _____
Telefoon: Huis: _____ Werk: _____
Selfoon: _____ Faks: _____
Mediese fonds: _____ Nommer: _____
Mediese fonds plan/opsie: _____
Mediese fonds magtigingsnommer vir die konsultasie (Indien verëis deur u fonds): _____
Beroep: _____
Naam & telefoon nommer van werkgewer: _____
Werksadres: _____

Hiermee verklaar ek dat alle inligting hierin genome, waar en juis is en aanvaar ek aanspreeklikheid vir die betaling van die volle verskuldigde bedrag, indien my mediese fonds nie die betrokke rekening binne 60 dae betaal nie. Asook vir die betaling van regskoste aangegaan a.g.v wanbetaling van enige rekening op prokureur- en klienteskaal. Ek is ingelig en gee toestemming dat my inligting gebruik mag word deur Sampie Smith Ing om my rekening te vereffen deur om my te kontak en dat my mediese fonds van tyd tot tyd persoonlike inligting rakende my rekening mag verlang en ek gee toestemming dat hierdie inligting op versoek aan hulle verskaf mag word om die betaling van my rekening te bespoedig/verseker.

Handtekening: _____ Datum: _____