# Dr ETP van der Walt

Plastiese en Rekonstruktiewe Chirurg
Plastic and reconstructive Surgeon
Praktyk nr/Practice no: 3601595
Email: admin@dretpvanderwalt.co.za
Tel: 051 5223661
112 Life Rosepark Hospital, Fichardtpark Bloemfontein 9301


**Pasiënt Besonderhede/Patient details**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Van:<br>Surname: | | Voorname:<br>First names: | | | | | | | Mnr/Mev/Mej<br>Mr/Mrs/Miss | |
| Geboortedatum:<br>Date of birth: | | I.D. Nommer:<br>I.D. Number: | | | | Sel:<br>Cell: | | | | |
| Tel (H) | | Tel (B) | | | Epos:<br>Email: | | | | | |
| Beroep:<br>Occupation: | | Huistaal:<br>Home Language: | | Verwantskap tot rekening pligtige:<br>Relationship to account holder: | | | | | | |
| Vermeld asb enige allergië of siekte toestand:<br>Kindly indicate any allergies or illnesses: | | | | | | | | | | |
| Diabetes<br>Diabetic | Ja<br>Yes | | Nee<br>No | | | Rook/Vape<br>Smoke/Vape | Ja<br>Yes | | Nee<br>No | |

**Persoon verantwoordelik vir die rekening/ Person responsible for account:**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Van:<br>Surname: | | Voorname:<br>First Names: | | | | | | | Mnr/Mev/Mej<br>Mr/ Mrs/ Miss | |
| Geboortedatum:<br>Date of birth: | | I.D. Nommer:<br>I.D. Number: | | | | Sel:<br>Cell: | | | | |
| Tel (H) | | Tel (B) | | | Epos:<br>Email: | | | | | |
| Woonadres:<br>Home address: | | | | | | | | | Kode:<br>Code: | |
| Posadres:<br>Postal address: | | | | | | | | | Kode:<br>Code: | |
| Fisiese Weksadres<br>Physical work address: | | | | | | | | | Kode:<br>Code: | |

***** Privaat fooie word gehef. Vra vir meer fonds spesifieke inligting.**

***** Private rates charged. Ask for more fund specific information.**

Teken hier

Sign here

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mediese fonds naam:<br>Medical aid name: | | Lidnommer:<br>Membership number: | |
| Mediese fonds plan:<br>Medical aid plan: | | I.D. Nommer van hooflid:<br>I.D. Number of main member | |
| Hooflid naam en van:<br>Main member name and Surname: | | Epos:<br>Email: | |
| **Verwys deur/Referred by:** | **U Huisdokter/ Your general practitioner:** | | |
| | | Pasiënt Gewig (Kg)<br>Patient weight (Kg) | |
| Tel (H/B) | | Pasiënt Lengte (M)<br>Patient Length (M) | |
| Sel:<br>Cell: | Sel:<br>Cell: | Bogenoemde benodig vir BMI<br>Above mentioned required for MBI | |
| | | | |
| **Medikasie en aanvullings wat u tans gebruik/ Medication and supplements that you currently use:** | | | |
| | | | |
| | | | |

**Naasbetaande wat verkieslik nie by dieselfde adres woon nie/Next of kin preferably not living at the same address:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Naam/Name: | Tel(H/B) | Sel:<br>Cell: | |
| Woonadres:<br>Home address: | | | Kode:<br>Code: |

**Voorwaardes vir diens**

Ek, die ondergetekende, die pasiënt, wettige voog of waarborger van die pasiënt genoem op bladsy een:

1. Onderneem om die betaling te doen vir enige regmatigde eis van die Praktyk wat mag voortvloei uit medikasie, mediese voorraad en/of dienste gelewer aan die pasiënt,
2. Bevestig dat ek kennis dra dat:

2.1 Dr Van der Walt uitgekontrakteerde tariewe hef, en dus mag die tariewe my voordele oorskry.

2.2 Die voorwaardes en tariewe vir pasiënte wat deur mediesefondse betaal word, verskil. Ek verstaan dat ek met my mediesefonds moet kommunikeer voor enige konsultasie/prosedure, om die toepaslike tariewe en magtiging te bevestig

2.3 Ek van Dr Van der Walt se diens gebruik maak, ten spyte van die feit dat hy moontlik nie my mediese fonds se voorkeur diensverskaffer is nie.

2.4 Alle privaat rekeninge is onmiddellik betaalbaar. Indien my mediese fonds nie binne 30 dae van diensdatum betaal, is ek persoonlik verantwoordelik vir betaling.

3. Ek onderneem om, indien die rekening om enige rede onvereffen is en na prokureurs verwys word vir invordering, gesamentlik en afsonderlik aanspreeklik te wees vir die betaling van alle kostes, invorderingskommissie en alle opsporingskostes ingesluit, op die prokeur se terme.
4. Waarborg, indien van toepassing, hiermee dat:

4.1 Ek 'n bona fide lid van die genoemde mediese hulpskema is;

4.2 Die pasiënt 'n bona fide lid/afhanklike is;

4.3 Daar fondse beskikbaar is vir sodanige pasiënt

5. Magtig die Praktyk of agent van die Praktyk om enige rekening verskuldig deur die pasiënt aan die mediesefonds, versekeringsmaatskappy of volgemagtigde voor te lê vir betaling. Desnieteenstaande die voorafgaande word daar spesifiek bepaal dat dit my uitsluitlike plig is om voortydig met die mediese fonds op te volg dat betaling geskied. Die praktyk sal geen aanspreeklikheid aanvaar in gevalle waar rekeninge nie tydig by die mediesefonds ingedien is nie;
6. Magtig die Praktyk , of sy agente om inligting aangaande die behandeling, medikasie en mediese geskiedenis aan sy/haar mediese fonds, bestuurende gesondheidsorgorganisasie of versekeraar te verskaf, asook hulle agente en werknemers wat daarmee handel.
7. Neem kennis dat indien ek rook of enige ander gesondheidsbedreigende gewoontes/toestande het, dit genesig mag beïnvloed.
8. Verstaan dat indien my liggaamsmassa indeks-telling (BMI)bo 35 is, dit tot addisionele koste sal lei, wat nie noodwendig deur my mediese fonds gedek sal word nie, en ek self daarvoor verantwoordelik sal wees.
9. Indien my mediese fonds nie 'n prosedure magtig nie, sal ek as 'n privaat pasiënt behandel word
10. Onderneem om die Praktyk voortydig in kennis te stel indien enige van die inligting op bladsy een verander.
11. Besef dat die weerhouding van enige inligting (lys van medikasie en aanvullings wat ek gebruik en bestaande siektetoestande), gevolge mag hê waarvoor Dr Van der Walt en die Praktyk nie verantwoordelik gehou sal kan word nie. (Insluitend rook en misbruik van enige middels).
12. Erken ek dat ek hierdie voorwaardes vrywillig en sonder enige dwang onderteken het.
13. Verstaan dat telefoonoproepe moontlik opgeneem kan word.

_____ _____

**Voorletters en van in drukskrif** **Datum**

_____

**Handtekening van pasiënt/voog/volgemagtige**

**Conditions of service**

I, the undersigned, the patient, legal guardian or guarantor of patient as mentioned on page one:

1. Undertake responsibility of payment for any legal claim of this practise which was accumulated due to medication, medical equipment and/or services delivered to the patient,
2. Confirm that:

2.1 Dr. E.T.P. van der Walt charges contracted out fees, thus the tariffs could differ from my benefit,

2.2 Conditions and tariffs for payment from medical aids differ. I understand that the responsibility of contacting the medical aid before any consultation/procedure, to confirm necessary tariffs and authorisations has to be done by myself,

2.3 I make use of Dr. E.T.P. van der Walt's services and understand that he could not be my medical aids Designated Service Provider,

2.4 All private accounts payable immediately. Should my medical aid not pay within 30 days from service date, I am personally responsible to pay the account.

3. I undertake to, take full responsibility for an account not being paid and are being handed over to an attorney for the full costs(tracing fees, commissions of attorney, interest and full outstanding balance of the account), on the attorneys terms,
4. Guarantee, if necessary, that:

4.1 I am a valid member on medical aid,

4.2 The patient a valid member/dependant is,

4.3 Funds are available for patients treatment,

5. Authorise the practise or agent of the practise to submit any account on which funds outstanding to the medical aid/insurance agency or proxy for relevant payments. It is still my responsibility to timeously enquire from medical aid regarding any outstanding balances.
6. Authorise the practise or agent of the practise to release current treatment, medication, medical history to the medical aid, health practitioner or insurance agency/employees that is directly handling my affairs/account.
7. Acknowledge that if I smoke or have any other health issues(not mentioned) could have a negative effect on my healing process
8. Understand that my body mass index score (BMI) if above 35, would lead to additional fees that would not necessarily be paid by my medical aid, which I would be responsible for.
9. No pre-authorisation means that I will be handled on a private basis.
10. Undertake to contact the practise if any changes occur that differs from the original data submitted on page one
11. Acknowledge that withholding of any information (medication/supplements, illnesses) may have risks involved whereby Dr. van der Walt and employees cannot be held responsible. (Including smoking and substance abuse).
12. Acknowledge that this terms and conditions have been signed willingly without force.
13. Understand that telephone conversations might be recorded.

_____ _____

**Initials and surname in print** **Date**

_____

**Signature patient/guardian/proxy**