

Pasiënt Besonderhede

Van:		Voorname:				Titel:	
Taalvoorkeur: Afr <input type="checkbox"/> Eng <input type="checkbox"/>		Geboortedatum:		ID Nr.:		Gapingsdekking: Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
Tel (H):		Tel (W):		Sel:			
E-pos:							
Woonadres:							
Poskode:							
Beroep:		Werkgewer:					
Werkadres:							
Poskode:							

Persoon verantwoordelik vir die rekening / Hooflid van Mediese Fonds

Van:		Voorname:				Titel:	
ID Nr.:		Geboortedatum:		ID Nr.:		Gapingsdekking: Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
Tel (H):		Tel (W):		Sel:			
E-pos:							
Woonadres: (indien verskillend van bogenoemde)							
Poskode:							
Beroep:		Werkgewer:					
Werkadres: (indien verskillend van bogenoemde)							
Poskode:							

Mediese Fonds

Fonds:		Mediese Fonds Nr:					
Naam van Lede:		Opsie/Plan:					
Afhanklike Kode:		Gapingsdekking: Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>					

Verwysende Dokter

Naam:		Tel Nr:		Faks Nr:			
Adres							
Poskode:		E-pos:					

Huisdokter (indien nie Verwysende Dokter nie)

Naam:		Tel Nr:		Faks Nr:			
Adres							
Poskode:		E-pos:					

Ander dokters wat kopieë van verslae moet kry:

Naasbestaandes / Vriende (nie by dieselfde adres)

Van:		Voornaam:					
Tel (H):		Tel (W):		Sel:			
Verwantskap:		E-pos:					
Woonadres:							
Poskode:							

Ek, die ondergetekende, kom as volg ooreen:

- Ek is persoonlik aanspreeklik vir mediese dienste verskaf deur die dokter aan my en/of enige ander persoon van wie ek die ouer of voog is;
- Om stiptelik die dokter se rekening te betaal ingevolge die tariewe of kostes van die dokter se praktyk, of sulke tariewe en kostes soos ooreengekom tussen my en die dokter, en op die wyse van betaling waarop die partye ooreengekom het;
- Om die dokter se rekening op tyd en ten volle te vereffen, soos ooreengekom, ongeag enige ooreenkomste of reëlings wat ek met my mediese fonds of enige ander derde party mag hê;
- Sou die dokter 'n uitstaande rekening aan 'n skuldinvorderingsmaatskappy oorhandig, sal ek alleenlik met daardie maatskappy korrespondeer in verband met die uitstaande rekening;
- Ek erken dat, ingevolge die bepalings van Artikel 53(1) van die Wet op die Gesondheidsberoep, Wet 56 van 1974, en Artikel 6(c) van die Nasionale Gesondheidswet, Wet 61 van 2003, die kostes verbode aan alle mediese dienste wat gelewer word deur die dokter, sowel as behandeling en/of prosedures, met my bespreek is en volledig aan my verduidelik is, tot die mate waarin dit verlang word in terme van die reg en professionele etiese standaarde.

BELANGRIK! Lees deur en teken asb. Hierdie praktyk se fooie is hoër as wat meeste mediese fondse betaal. U is self vir die rekening verantwoordelik. Ons sal 'n kopie van die rekening, namens u, aan u mediese fonds stuur, maar dit impliseer nie 'n oordrag van verantwoordelikheid nie. Enige onderhandelinge met mediese fondse oor betaling is u verantwoordelikheid. Konsultasie fooie is betaalbaar na afloop van u besoek. U gee hiermee toestemming aan die praktyk vir toegang tot u hospitaal rekords en radiologie en laboratorium uitslae.

Ek kies hiermee die bostaande adres as my domicilium citandi et executandi vir alle doeleindes in terme van hierdie ooreenkoms. EK HET DIE BOSTAANDE TERME EN VOORWAARDES GELEES EN ERKEN DAT EK DIT BEIDE VERSTAAN EN DAARMEE TOESTEM. EK BEVESTIG DAT DIE INFORMASIE WAT EK VERSKAF HET BEIDE WAAR EN AKKURAAAT IS.

Handtekening: Datum:.....

PASIËNT TERME EN VOORWAARDES

Lees asseblief hierdie ooreenkoms noukeurig en teken as jy dit heeltmal verstaan en met hierdie terme en voorwaardes saamstem.

INGELIGTE TOESTEMMING

Ek verstaan dat ek die reg het om my dokter te vra om die mediese prosedure en behandeling aan my te verduidelik voordat ek instem tot enige mediese prosedure of behandeling, insluitend die volgende:

- die verskillende behandeling-opsies wat vir my beskikbaar is;
- die algemene en ernstige nuwe-effekte van 'n spesifieke behandeling;
- die voordele, risiko's, koste en gevolge wat verband hou met elke opsie;
- besonderhede van die diagnose en prognose, en die waarskynlike prognose as die toestand nie behandel word nie;
- enige onsekerhede ten opsigte van die diagnose;
- hoe en wanneer my toestand en enige nuwe-effekte gemonitor of her-evalueer sal word;
- Die naam van die dokter wie verantwoordelik vir die behandeling sal wees;
- dat ek die reg het om 'n tweede opinie te enige tyd in te win.

GENERIESE MEDISYNE

Ek verstaan en erken dat my mediese skema kan aandrang dat ek medisyne wat op my voorskrif verskyn met 'n generiese ekwivalent vervang. Dit is my dokter se alleenreg om nie toe te laat dat generiese vervanging van my medisyne plaasvind wanneer die dokter op my voorskrif geskryf het: "Geen generiese vervanging".

MEDIESE INLIGTING

Ek magtig:

- die gebruik en bekendmaking van my mediese inligting aan enige relevante spesialis indien my primêre dokter dit nodig ag.
- dat 'n afskrif van my mediese rekord deur my dokter op lêer gehou word.
- die bekendmaking van relevante mediese inligting aan my mediese fonds – wat diagnoses & ICD10 kodes sal insluit.
- die praktyk om toegang te hê tot my hospitaal rekords, radiologie en laboratorium uitslae.

PRIVAATHEID VAN MEDIESE INLIGTING

Ek verstaan dat hierdie praktyk redelike sekuriteitsmaatreëls in plek het om die ongemagtigde bekendmaking van my pasiënt inligting te beskerm, en dat ek my magtiging te eniger tyd skriftelik kan herroep.

My pasiënt inligting kan deur hierdie praktyk openbaar gemaak word op spesiale versoek deur 'n wetstoepassingsagentskap, dagvaarding, hofbevel, of die wet.

BETALING VAN MEDIESE KOSTE

Ek erken dat:

- ek ingelig is dat hierdie praktyk nie noodwendig die tariewe hef soos deur my mediese fonds bepaal.
- my Mediese Fonds nie noodwendig al die fooie betaal wat deur hierdie praktyk gehef word nie.
- ek ten volle verantwoordelik is vir die betaling en sou ek nie betyds betaal nie, ek aanspreeklik gehou sal word vir die skuld insameling en regs-koste daaraan verbonde.

MEDIESE SERTIFIKATE ('SIEK NOTA')

Ek erken hiermee dat ek verstaan dat, alhoewel ek geregtig is om te vra vir 'n mediese sertifikaat van my dokter, hy/sy onder geen verpligting is om so 'n sertifikaat uit te reik nie. My diagnose slegs bekend gemaak sal word op die sertifikaat indien ek toestemming daartoe gee en ek mag op my eie diskresie besluit aan wie ek die sertifikaat wil openbaar.

VOORAFMAGTIGING

Ek is ten volle bewus daarvan dat as 'n prosedure hospitalisasie vereis ek verantwoordelik is om te verseker dat my mediese fonds die nodige toestemming verleen en finansiële koste van die prosedure sal dek voordat ek die prosedure ondergaan. My mediese fonds kan my dokter kontak om hierdie rede, of om motivering aan te vra vir die prosedure, en ek aanvaar verantwoordelikheid vir die kostes hiervan.

ALGEMEEN

- ek bevestig dat :
- ek hierdie praktyk vrylik gekies het om mee te raadpleeg.
- ek bewus is dat my dokter oor die algemeen slegs beskikbaar is gedurende kantoorure en raadgevende tye.
- ek verpligtig is om die praktyk in te lig van veranderinge m.b.t. my persoonlike, mediese en/of finansiële inligting.
- ek verstaan hiermee dat my dokter die reg het om sy/haar opinie oor 'n mediese besluit te enige tyd kan verander.
- ek het 'n geleentheid om hierdie terme en voorwaardes te hersien en dat hierdie vorm my wense weerspieël.
- ek elkeen van die terme en voorwaardes gelees en verstaan het, soos vervat in hierdie ooreenkoms.
- ek 'n reg het om hierdie terme en voorwaardes te inspekteer en/ of 'n afskrif aan te vra.
- ek hierdie terme en voorwaardes vrywillig onderteken.
- ek ingelig is dat, indien my mediese skema nie die rekening van die praktyk ten volle vereffen nie, ek hiermee instem dat die praktyk gemagtig is om namens my mediese skema aan te gee by die Raad vir Mediese Skemas.

Deur die ondertekening van hierdie dokument verbind jy jouself wetting aan die terme en voorwaardes hierin vervat.

Handtekening

Datum