

DR JOHN IVES
Dermatologist / Dermatoloog

PATIENT INFORMATION / PASIËNT BESONDERHEDE – ENGLISH □/AFRIKAANS□

Title / Titel: _____ Surname / Van: _____

Full name / Volle Naam: _____

Address / Adres: _____

Tel No: (H) _____ (W) _____

Cell: _____ ID No: _____

Occupation / Beroep: _____

Referring Dr / Verwys. Dr: _____

Patient Email / Pasiënt Epos: _____

MAIN MEMBER OF MEDICAL AID / HOOFLID VAN MEDIESE FONDS

Title / Titel: _____ Surname / Van: _____

Full name / Volle Naam: _____

Postal Address / Posadres: _____

Tel No: (H) _____ (W) _____

Cell: _____ ID No: _____

Employer / Werkgewer: _____

Main Member Email / Hooflid Epos: _____

MEDICAL AID DETAILS / MEDIESE FONDS BESONDERHEDE

Medical Aid Name & No. / Mediese Fonds Naam & No: _____

Dependant Code of Patient / Afhanklike Kode van Pasiënt: _____

THIS PRACTICE DOES NOT SUBMIT ACCOUNTS TO MEDICAL AIDS BUT THE ABOVE DETAILS NEED TO APPEAR ON THE ACCOUNT TO FACILITATE YOUR CLAIM. SETTLEMENT REMAINS YOUR RESPONSIBILITY. I HEREBY CONSENT TO THE DISCLOSURE OF ICD-10 DIAGNOSTIC CODES TO MY MEDICAL AID AND ANY OTHER INVOLVED HEALTHCARE PROFESSIONALS.

HIERDIE PRAKTYK STUUR NIE REKENINGE AAN MEDIESE FONDSE NIE. ONS PLAAS BOGENOEMDE BESONDERHEDE OP DIE REKENING OM U MEDIESE FONDS EIS TE VERGEMAKLIK. VEREFFENING BLY U VERANTWOORDELIKHEID. U STEM TOE DAT ICD-10 DIAGNOSTIESE KODES AAN MY MEDIESE FONDS EN BETROKKE MEDIESE DIENSLEWERAARS BEKEND GEMAAK KAN WORD.

SIGNATURE / HANDTEKENING: _____