

OPNAMEVORM / ADMISSION FORM

Rapporteur asb op Please report on		Tyd Time		Deposito Deposit	Ja Yes	Nee No	Bedrag Amount	R
Oftalmoloog / Ophthalmologist								

PASIËNTBESONDERHEDE / PATIENT'S DETAILS

Van / Surname		Voorletters / Initials		Titel / Title	
Volle name / Full names				Afr	Eng
Geboortedatum Date of Birth		Ouderdom Age		Kerkverband Religion	
Woonadres Residential address				Poskode Postal code	
Posadres Postal address				Poskode Postal code	
Tel Nr. / Tel No.	H		W		Sel / Cell
ID Nr. / ID No.			Nasionaliteit Nationality	Allergieë Allergies	
Beroep Occupation			Werkgewer Employer		

PERSOON/INSTANSIE VERANTWOORDELIK VIR REKENING / PERSON/INSTITUTION RESPONSIBLE FOR ACCOUNT

Mediesefonds Medical scheme		Nommer Number		Opsie Option		Afhanklike kode Dependant code	
Hooflid Member		Titel Title		ID Nr. ID No.			
Posadres Postal address					Poskode Postal code		
Werkgewer / Employer				Beroep Occupation			
Werkgewer adres Employer address							
Tel Nr. / Tel No.	H		W		Sel / Cell		

MAGTING / AUTHORISATION

Magtigingsnommer Authorisation number		Dae Days		Datum Date	
Persoon wat magtiging gee Person giving authorisation					
Voorlopige Diagnose Provisional Diagnosis					
I.C.D Kodes / I.C.D Codes					

PERSOON WAT NIE BY U INWOON NIE / PERSON NOT RESIDING AT THE SAME ADDRESS

Naam en Van / Name and Surname					
Adres / Address				Poskode Postal code	
Tel Nr. / Tel No.	H		W		Sel / Cell
Verwantskap / Relation					
Naam & Tel. Nr. van persoon wat pasiënt afhaal Name & Tel. No. of person fetching patient					



PLEASE NOTE THAT THE TIME YOU ARE ADMITTED AND YOUR POSITION ON THE THEATRE LIST WILL NOT NECESSARY BE THE TIME YOUR OPERATION WILL TAKE PLACE

PRE-ADMISSION

Please report at least 48 hours before your operation for pre-admission on the 2nd floor, room 246 so that a patient file can be opened and details concerning your operation can be discussed and completed.

If seen at one of our satellite practices, please complete this form and fax it to 0865919910 or e-mail of preadmissions@eyeinstitute.co.za .

OPERATION DAY

Please report to the **THIRD FLOOR** for your hospital admission.

PLEASE BRING THE FOLLOWING WITH YOU

- Your identity document (or any other proof of identity)
- Your medical aid card (if applicable)
- All medication that you are currently taking at home

Please note that your hospital account does not include the services by the doctor, anaesthetist, pathologists, etc. These services will be billed independently by these service providers.

NEEM ASSEBLIEF KENNIS DAT U OPNAME TYD OF U POSISIE OP DIE TEATERLYS NIE NOODWENDIG DIESELFDE SAL WEES AS U OPERASIE TYD NIE

VOORAFOPNAME

Meld asseblief aan vir voorafopnames by die 2de vloer, kamer 246, ten minste 48 uur voor u operasie sodat 'n pasiëntleër oopgemaak kan word en besonderhede omtrent u operasie bespreek en voltooi kan word. Indien u by een van ons sateliet praktyke gesien is, voltooi asseblief hierdie vorm en faks dit na 0865919910 of e-pos na preadmissions@eyeinstitute.co.za

DAG VAN OPERASIE

Meld asseblief aan op die **DERDE VLOER** vir opname.

BRING ASSEBLIEF DIE VOLGENDE SAAM

- U identiteitsdokument (of enige ander bewys van identiteit)
- U mediese fondslidmaatskapkaart (indien van toepassing)
- Alle medikasie wat u tans by die huis gebruik

Let wel dat die hospitaal rekening sluit nie die dienste wat u dokter, narkotiseur, pataloë, ens lewer in nie. U sal afsonderlike rekeninge direk vanaf hulle ontvang.