

# walk - - mile

Centre for Advanced Orthopaedics

Practice no. 028 000 485853

Unit 2 • Lifestyle Management Park • Next to Unitas Hospital • 223 Clifton Avenue • Lyttelton, Pretoria • 0157  
Suite 102 • Mediclinic Midstream • Cnr Midstream drive and Midstream Blvd • Midstream Estates • 1665

Account No/Rekening No _____	Date/Datum _____
------------------------------	------------------

## PATIENT DETAILS / BESONDERHEDE VAN PASIËNT

Surname / Van _____	Initials/Voorletters _____	Title/Titel _____
First Name / Voornaam _____	Gender/Geslag <input type="checkbox"/> Male/Man <input type="checkbox"/> Fem/Vrou	
ID No./Nr. _____	Date of Birth/Geboortedatum _____	
Physical Address/Fisiese Adres _____	Code/Kode _____	Tel: (____) _____
Postal Address/Posadres _____	Code/Kode _____	Cell/Sel: _____
Occupation / Beroep _____		
Employer/Werkgewer _____	Tel: (____) _____	
Business Address/Werksadres _____	Code/Kode _____	

## NEXT OF KIN / NAASBESTAANDE ( Not staying at the same address / Nie woonagtig by dieselfde adres)

Name/Naam _____	Relationship/Verwantskap _____	Tel/Cell: _____
-----------------	--------------------------------	-----------------

## MEDICAL AID DETAILS / MEDIËSE FONDS BESONDERHEDE

Medical Aid Name/Naam van Mediese Fonds _____	
Medical Aid Number / Mediese Fondsnommer _____	
Medical Aid Plan/Mediese Fonds Plan _____	Dependant No/Afhanklike Nr _____

## MEMBER/PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT / LID/PERSON VERANTWOORDELIK VIR BETALING

Name/Naam _____	Surname/Van _____
Tel: (____) _____	Cell/Sel: _____
ID No./Nr. _____	Date of Birth/Geboortedatum _____
Postal Address/Posadres _____	Code/Kode _____
Occupation / Beroep _____	
Employer/Werkgewer _____	Tel: (____) _____
Business Address/Werksadres _____	Code/Kode _____
E - mail address/E - pos adres: _____	

## REFERRING DOCTOR / VERWYSENDE GENEESHEER

Surname / Van _____	First Name/Voornaam _____
Practice Location / Praktyk Ligging _____	Tel: (____) _____
General Practitioner / Algemene Praktisyn (If different than referring Doctor / Indien verskil van verwysende Geneesheer)	
Surname / Van _____	First Name / Voornaam _____

## PLEASE NOTE/ NEEM ASSEBLIEF KENNIS

This is a Private Practice, and our fees may exceed your insured benefits. You will be contacted on your cell phone if necessary.  
Hierdie is 'n Privaat Praktyk en ons fooi mag u versekerde voordele oorskry. U sal gekontak word indien nodig.

READ & SIGN REVERSE FOR CONDITIONS OF SERVICE / LEES & TEKEN KEERSY VIR VOORWAARDES VIR DIENSLEWERING