ADMISSION FORM/OPNAMEVORM

MEDICLINIC

CPT CODE/KODE	ICD CODE/KODE	SADA CODE/KODE

FOR COMPLETION BY DOCTOR/MOET DEUR DOKTER INGEVUL WORD

ADMITTING DOCTOR/OPNAMEGENEESHEER ____

DATE OF ADMISSION/OPNAMEDATUM ____ TIME/TYD ____ DATE OF OPERATION/OPERASIEDATUM ____

CO-MORBIDITY/KO-MORBIDITEIT ____

DIAGNOSIS AND PROCEDURE/DIAGNOSE EN PROSEDURE ____

PATIENT WEIGHT/PASIËNT GEWIG ____ KG PATIENT HEIGHT/PASIËNT LENGTE ____ M

FOR COMPLETION BY PATIENT (PLEASE PRINT)/MOET DEUR PASIËNT INGEVUL WORD (DRUKSKRIF ASSEBLIEF)

DR THAT REFERRED YOU TO THE SPECIALIST AT THE HOSPITAL/DR WAT U VERWYS HET NA DIE SPESIALIS BY DIE HOSPITAAL? ____

FAMILY DOCTOR/HUISDOKTER ____

SURNAME/VAN ____ INITIALS/VOORLETTERS ____ TITLE/TITEL ____

LANGUAGE/TAAL [E] [A] FULL NAME/VOORNAAM ____

TEL ____ DATE OF BIRTH/GEBOORTEDATUM ____

GENDER/GESLAG [MALE/MANLIK] [FEMALE/VROULIK] IF RSA/NAMIBIA CITIZEN: ID NO. ____

IF OTHER, PASSPORT NO. ____

HOME ADDRESS/WOONADRES ____

CODE/KODE ____ E-MAIL/E-POS: ____

ACCOMMODATION CHOICE/VERBLYFKEUSE [GENERAL WARD/ALGEMENE SAAL] [SEMI-PRIVATE/SEMI-PRIVAAT*] [PRIVATE/PRIVAAT*]

* WARDS ARE SUBJECT TO AVAILABILITY AND CARRY A DAILY SURCHARGE. CONTACT HOSPITAL BEDBOOKINGS FOR DETAILS.
* SALE IS ONDERHEWIG AAN BESKIKBAARHEID. 'N BYBETALING MOET BETAAL WORD. KONTAK DIE HOSPITAAL SE BEDBESPREKINGAFDELING VIR BESONDERHEDE.

OCCUPATION/BEROEP ____ **EMPLOYER/WERKGEWER** ____

BUSINESS ADDRESS/WERKADRES ____ TEL ____

CONTACT PERSON/KONTAK PERSOON ____ CELL/SEL ____

RELATIONSHIP/VERWANTSKAP ____

OTHER CONTACT PERSON/ANDER KONTAKPERSOON ____ CELL/SEL ____

RELATIONSHIP/VERWANTSKAP ____

PLEASE OBTAIN AUTHORISATION FROM YOUR MEDICAL AID 48 HOURS BEFORE ADMISSION.
VERKRY ASSEBLIEF MAGTIGING VAN U MEDIESE FONDS 48 UUR VOOR TOELATING.

MAIN MEMBER OF MEDICAL AID / HOOFLID VAN MEDIESEFONDS

SURNAME/VAN ____ INITIALS/VOORLETTERS ____ TITLE/TITEL ____

MEDICAL AID NAME/NAAM VAN MEDIESE FONDS ____ * PLAN/OPTION/OPSIE ____

MEDICAL AID NUMBER/MEDIESE FONDSNOMMER ____ *AUTHORISATION NO./MAGTIGINGSNR. ____

DEPENDANT CODE/AFHANKLIKE KODE ____ RELATIONSHIP TO PATIENT/VERWANTSKAP TOT PASIËNT ____

ID NO./ID NR. ____ MEMBER TEL NO./HOOFLID TEL. NR. ____

MEMBER POSTAL ADDRESS/HOOFLID POSADRES ____

____ CODE/KODE ____

E-MAIL/E-POS ____

PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT OF ACCOUNT/PERSOON VERANTWOORDELIK VIR BETALING VAN DIE REKENING

SURNAME/VAN ____ INITIALS/VOORLETTERS ____ TITLE/TITEL ____

RELATIONSHIP TO PATIENT/VERWANTSKAP TOT PASIËNT ____

TEL NO./TEL NR. ____ CELL/SEL ____

ID NO./NR. ____ CITIZENSHIP/NASIONALITEIT [RSA] [NAMIBIA/NAMIBIE] [OTHER/ANDER]

HOME ADDRESS/ WOONADRES ____

____ CODE/KODE ____

POSTAL ADDRESS/POSADRES ____

____ CODE/KODE ____

E-MAIL/E-POS ____ OCCUPATION/BEROEP ____

EMPLOYER/WERKGEWER ____ TEL ____

BUSINESS ADDRESS/WERKADRES ____ CODE/KODE ____

PREFERRED METHOD OF COMMUNICATION/METODE VAN KOMMUNIKASIE [SMS] [E-MAIL/E-POS] [TELEPHONE/TELEFOON] [OTHER/ANDER]

VISIT FROM RELIGIOUS REPRESENTATIVE/BESOEK VAN GELOOFSVERTEENWOORDIGER [YES] [NO] RELIGION/KERVERBAND ____

THIS FORM MUST BE HANDED IN AT RECEPTION AT LEAST 48 HOURS PRIOR TO ADMISSION. / HIERDIE VORM MOET TEN MINSTE 48 UUR VOOR OPNAME BY ONTVANGS INGEHANDIG WORD.
MEDICAL AID MEMBERSHIP CARD AND ID DOCUMENT MUST BE PRODUCED UPON ADMISSION. / PASIËNTE MOET BY OPNAME HUL MEDIESEFONDS KAART EN ID-DOKUMENT TOON.

SIGNED/GETEKEN .... DATE/DATUM ....

PRIVATE PATIENTS ARE REQUIRED TO PAY AN ADMISSION DEPOSIT. CONTACT HOSPITAL ACCOUNTS DEPARTMENT FOR DETAILS.
PRIVAAT PASIËNTE MOET 'N BERAAMDE KOSTE/DEPOSITO MET TOELATING BETAAL. KONTAK DIE REKENINGAFDELING VAN DIE HOSPITAAL VIR NADERE INLIGTING.

REVISED 23.08.2011
© COPYRIGHT MEDICLINIC

dcprinters.co.za
D 3440

CONDITIONS FOR ADMISSION

The patient is admitted to the hospital operated by Mediclinic Limited ("Hospital") on the terms and conditions set out below. Any reference to Hospital shall, where the context allows, include a reference to Mediclinic Limited, its subsidiaries and associated companies.

GUARANTEE OF PAYMENT

Any person who signs this admission form on behalf of the patient or as guardian or as guarantor of the patient ("Signatory") or as the patient, whether on admission, during the patient's Hospital stay or on the patient's discharge from the Hospital:

1. Agrees thereby to be jointly (where applicable) and severally liable for payment of the Hospital account in respect of the services rendered to the patient, including the pharmacy account, notwithstanding any claim arising from a medical aid scheme or insurance cover. Any Signatory shall remain bound notwithstanding that the patient has not signed this admission form.

2. Is expected to have acquainted him/her/themselves with all the terms and tariffs applicable upon admission to the Hospital and to have noted that:

   2.1 the daily tariff is in respect of accommodation (including ward stay, meals and general nursing care);

   2.2 the full Hospital account (which may include, but is not limited to, accommodation, theatre time, gasses, equipment, pharmacy stock, and miscellaneous items such as telephone use, etc.) in respect of the patient's stay at the Hospital, the services rendered and medication and/or other goods dispensed from the pharmacy is payable in full upon rendering thereof;

   2.3 doctors and other medical professionals' fees will be billed separately;

   2.4 the terms and tariffs applicable to private patients are accessible on www.mediclinic.co.za or a copy of such tariffs are available via reception; and

   2.5 the terms and tariffs for patients covered by medical aid schemes vary. Please communicate directly with the patient's medical aid scheme for the applicable tariffs prior to admission.

3. Undertakes, in the event of an account being unsettled for any reason and being referred to attorneys for collection, to be jointly and severally liable for the payment of all costs on an attorney and own client scale, all collection commission and all tracing costs. All outstanding amounts will be recovered in the following order: attorney's fees, collection commission, tracing fees, interest and lastly capital.

4. Warrants hereby that (if applicable):

   4.1 the patient is a bona fide member of the medical aid scheme mentioned herein and his/her membership is valid as at the date of signature of this admission form; or

   4.2 the Signatory is a bona fide member of the medical aid scheme mentioned in this admission form, his/her membership is valid as at the date of signature of this admission form, and the patient is a bona fide dependent in terms of such membership;

   4.3 there are medical aid scheme benefits available for the patient; and

   4.4 that he/she has not been sequestrated and does not suffer from any legal or contractual disability.

5. Authorises the Hospital to present for payment to the medical aid scheme any account owed to the Hospital in respect of the patient, on behalf of the patient and/or Signatory ("Debtor"). Notwithstanding the aforesaid, it is specifically recorded that it remains the Debtor's duty to ensure that all accounts are received by the medical aid scheme timeously. The Hospital shall incur no liability in instances where accounts are not submitted to the medical aid scheme timeously.

6. Chooses domicillium citandi et executandi at the address detailed on the front page of this admission form.

JURISDICTION

The legal relationship between the Debtor and the Hospital, and any of their directors, employees, agents and/or representatives (hereafter referred to as "the Hospital et al"), arising directly or indirectly from the admission of the patient to the Hospital or in respect of any treatment administered to the patient in the Hospital, shall be determined exclusively in accordance with the Laws of the Republic of South Africa/Namibia (in whichever country the Hospital is situated, as the case may be) in the Republic of South Africa/Namibia (as the case may be) and furthermore any competent Magistrate's Court in the Republic of South Africa/Namibia (as the case may be), or at the election of the Hospital, the High Court, shall have jurisdiction in all matters so arising, notwithstanding the amount of the cause of action.

INDEMNITY

It is an explicit condition of admission to the Hospital that the Hospital et al will not be liable for the loss of or damage to the personal effects of the patient, except where such effects were handed in for safe custody and a safe custody receipt, issued on behalf of the Hospital, can be produced, and such loss or damage was caused by the Hospital et al's negligent act or omission.

Although the Hospital et al will take care in ensuring the safety and well-being of the patient in the Hospital, subject to all applicable laws, the patient and/or the Signatory agrees that all claims proved against the Hospital et al for loss or damage, including consequential damage or expenses suffered or incurred by the patient and/or the Signatory, arising directly or indirectly from any injury, disability, mental or physical harm (of whatsoever nature) suffered by the patient resulting from any act or omission (of whatsoever nature) by the Hospital et al, shall be limited in quantum to a maximum amount of R5 million, irrespective of whether the claim arises by contract, delict or otherwise and whether for special damages, general damages, consequential damages or any other claims of whatsoever nature.

CREDIT BUREAU

The patient and/or Signatory confirms that the Hospital may provide a credit bureau with all information regarding these conditions for admission and any non-compliance with the terms thereof by the patient and/or Signatory. The patient and/or Signatory confirms that the credit bureau may supply a credit profile and a possible credit rating based on the credit worthiness of the patient and/or Signatory to the Hospital. The patient and/or Signatory have the right to contact such credit bureau, to request the disclosure of his/her credit record and to correct any incorrect information.

GENERAL

No alteration or deletion of any part of this document shall be effective unless the Hospital Manager or his/her authorised representative signs next to each variation or deletion. By affixing his/her signature hereto the patient and/or Signatory confirms that he/she does so willingly and without any duress of any nature and confirms furthermore that he/she agrees to these conditions for admission and that no misrepresentation with regard to the content hereof has been made by the Hospital or any of its employees.

SEVERABILITY

The invalidity or unenforceability of any provisions of this Admission form shall not affect the validity or enforceability of any other provision of this Admission form, which shall remain in full force and effect.

VOORWAARDES VIR OPNAME

Die pasiënt word in die hospitaal wat deur Mediclinic Beperk bedryf word ("Hospitaal") opgeneem ingevolge die bepalings en voorwaardes soos hieronder uiteengesit. Enige verwysing na Hospitaal sal, waar die konteks dit toelaat, ook verwys na Mediclinic Beperk, sy filiaal- en geassosieerde maatskappye.

WAARBORG VAN BETALING

Enige persoon wat hierdie toelatingsvorm namens die pasiënt onderteken, of as voog of as borg van die pasiënt ("Ondertekenaar"), of as die pasiënt self, hetsy by opname, tydens die pasiënt se verblyf in die Hospitaal of met die pasiënt se ontslag uit die Hospitaal:

1. Stem daartoe in om gesamentlik (waar van toepassing) en afsonderlik aanspreeklik te wees vir die betaling van die Hospitaalrekening ten opsigte van die dienste wat aan die pasiënt gelewer is, insluitende die apteekrekening, ondanks enige eis voortvloeiend uit 'n mediesefonds skema of versekeringsdekking. Enige Ondertekenaar sal hiertoe verbind bly ondanks die feit dat die pasiënt nie hierdie toelatingsvorm geteken het nie.

2. Word geag hulself te vergewis het van al die voorwaardes en tariewe van toepassing op toelating tot die Hospitaal en daarop te gelet het dat:

   2.1 die daaglikse tarief slegs ten opsigte van verblyf is (insluitende saalverblyf, maaltye en algemene verpleegsorg);

   2.2 Die volle Hospitaalrekening (insluitende, maar nie beperk nie tot, verblyf, teatertyd, gasse, toerusting, apteekvoorraad en diverse items soos telefoongebruik, ens.) ten opsigte van die pasiënt se Hospitaalverblyf, die gelewerde dienste en medikasie en/of ander goedere deur die apteek geresepteer, ten volle betaalbaar is ná lewering daarvan;

   2.3 dokters en ander mediese beroepslui aparte rekeninge sal stuur;

   2.4 die voorwaardes en tariewe wat vir privaat pasiënte geld, by www.mediclinic.co.za verkrygbaar is, of 'n afskrif van sodanige tariewe by ontvangs beskikbaar is; en

   2.5 die voorwaardes en tariewe vir pasiënte wat deur mediesefonds skemas gedek word, verskil. Kommunikeer asseblief vóór opname direk met die pasiënt se mediesefonds skema vir die toepaslike tariewe.

3. 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 koste op 'n prokureur en eie-kliënt skaal, alle invorderingskommissie en alle opsporingsfooie. Alle uitstaande bedrae sal in die volgende volgorde ingevorder word: prokureursfooie, invorderingskommissie, opsporingskoste, rente en laastens kapitaal.

4. Waarborg hiermee dat (indien van toepassing):

   4.1 die pasiënt 'n bona fide lid van die mediesefonds skema is waarna hierin verwys word en sy/haar lidmaatskap geldig is op die datum van ondertekening van hierdie toelatingsvorm; of

   4.2 die Ondertekenaar 'n bona fide lid van die mediesefonds skema is waarna hierin verwys word en sy/haar lidmaatskap geldig is op die datum van ondertekening van hierdie toelatingsvorm en dat die pasiënt 'n bona fide afhanklike ten opsigte van sodanige lidmaatskap is;

   4.3 daar mediesefonds skema voordele vir die pasiënt beskikbaar is; en

   4.4 hy/sy nie gesekwestreer is nie en nie onderhewig is aan enige wetlike of kontraktuele vermoënsgebrek nie.

5. Magtig die hospitaal om enige uitstaande Hospitaalrekening met betrekking tot die pasiënt namens die pasiënt en/of Ondertekenaar ("Skuldenaar") aan die mediesefonds skema vir betaling voor te lê. Ondanks die voorafgaande word spesifieke melding gemaak dat dit die Skuldenaar se plig bly om te verseker dat alle rekeninge tydig deur die mediesefonds skema ontvang word. Die hospitaal sal geen aanspreeklikheid aanvaar in gevalle waar rekeninge nie tydig by die mediesefonds skema ingedien is nie.

6. Kies die adres wat op die voorblad van hierdie toelatingsvorm aangegee is as die domicillium citandi et executandi.

JURISDIKSIE

Die regsverhouding tussen die Skuldenaar en die Hospitaal, en enige van hul direkteure, werknemers, agente en/of verteenwoordigers (hierna genoem "die Hospitaal et al") direk of indirek voortvloeiend uit die opname van die pasiënt in die hospitaal of in verband met enige behandeling wat die pasiënt in die hospitaal ontvang, sal eksklusief in ooreenstemming met die Wette van die Republiek van Suid-Afrika/Namibië (in watter land die Hospitaal ookal geleë is, na gelang van die geval) in die Republiek van Suid-Afrika/Namibië (na gelang van die geval) bepaal word en voorts sal enige regsbevoegde Landdroshof in die Republiek van Suid-Afrika/Namibië (na gelang van die geval) of, by voorkeur van die Hospitaal, die Hoërhof, beskik oor die jurisdiksie in alle sake voortvloeiend, ongeag die bedrag van die skuldoorsaak.

VRYWARING

Dit is 'n uitdruklike voorwaarde vir Hospitaalopname, dat die Hospitaal et al nie aanspreeklik sal wees vir die verlies of beskadiging van 'n pasiënt se persoonlike besittings nie, behalwe waar sodanige besittings vir veilige bewaring ingehandig is en 'n bewaringsbewys namens die hospitaal uitgereik, getoon kan word, en waar sodanige verlies of skade as gevolg van die Hospitaal et al se nalatigheid of pligsversuim veroorsaak is.

Alhoewel die Hospitaal et al sorg sal neem om die veiligheid en welsyn van die pasiënt in die Hospitaal te verseker, onderhewig aan alle toepaslike wetgewing stem die pasiënt en/of die Ondertekenaar toe dat alle eise vir verlies of skade wat teen die Hospitaal et el bewys is, insluitende gevolgskade of uitgawes aangegaan of gely deur die pasiënt en/of die Ondertekenaar, direk of indirek as gevolg van enige besering, ongeskiktheid, geestelike of fisiese skade (van watter aard ookal) wat deur die pasiënt opgedoen is as gevolg van enige doen of late (van watter aard ookal) deur die Hospitaal et al, beperk sal word tot 'n maksimum bedrag van R5 miljoen, ongeag daarvan of die eis as gevolg van kontrakbreuk, delik of andersins ontstaan en of die eis vir spesiale skade, algemene skade, gevolgskade of enige ander verlies van watter aard ookal mag wees.

KREDIETBURO

Die pasiënt en/of Ondertekenaar bevestig dat die Hospitaal alle inligting rakende hierdie voorwaardes vir opname en enige nie-nakoming van die bepalings daarvan deur die pasiënt en/of Ondertekenaar aan 'n kredietburo mag verskaf. Die pasiënt en/of Ondertekenaar bevestig dat die kredietburo 'n kredietprofiel aan die Hospitaal mag verskaf, asook 'n moontlike kredietwaardigheidsbepaling van enige pasiënt en/of Ondertekenaar. Die pasiënt en/of Ondertekenaar het die reg om sodanige kredietburo te kontak, om die openbaring van sy/haar kredietrekord aan te vra en om enige verkeerde inligting reg te stel.

ALGEMEEN

Geen wysiging of deurhaling van enige gedeelte van hierdie dokument sal effektief wees nie, tensy die Hospitaalbestuurder of sy / haar gemagtigde verteenwoordiger teenoor elke wysiging of deurhaling teken. Deur sy/haar handtekening hierop aan te bring, bevestig die pasiënt en/of Ondertekenaar dat hy/sy dit vrywillig en sonder dwang van enige aard doen, en bevestig voorts dat hy/sy tot hierdie voorwaardes vir opname instem en dat geen wanvoorstelling ten opsigte van die inhoud hiervan deur die Hospitaal of enige van sy werknemers gemaak is nie.

DEELBAARHEID

Die ongeldigheid of nie-uitvoerbaarheid van enige bepalings van hierdie Toelatingsvorm sal nie die geldigheid of uitvoerbaarheid van enige ander bepaling van hierdie Toelatingsvorm, wat ten volle van krag sal bly, beïnvloed nie.

ADMISSION/TOELATING		ONTSLAG/DISCHARGE
....	**SIGNATURE OF PATIENT/HANDTEKENING VAN PASIËNT**	....
....	PRINT NAME AND SURNAME/NAAM EN VAN IN DRUKSKRIF:	....
....	DATE AND TIME/DATUM EN TYD:	....
....	**SIGNATURE OF SIGNATORY/HANDTEKENING VAN ONDERTEKENAAR**	....
....	PRINT NAME AND SURNAME/NAAM EN VAN IN DRUKSKRIF:	....
....	DATE AND TIME/DATUM EN TYD:	....
....	**RECEPTIONIST/ONTVANGSPERSOON**	....
....	PRINT NAME AND SURNAME/NAAM EN VAN IN DRUKSKRIF:	....
....	DATE AND TIME/DATUM EN TYD:	....