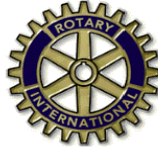


Millenium Park

Aftreeoord / Retirement Village

Tel no. / Tel nr.: 044 - 2725867
Faks no / Fax nr.: 044-279 2905
Versorging / Frail Care.: 044 – 272 5119
E-mail: millpark@absamail.co.za
Web: www.millenniumpark.co.za

Noordstr./ North st. 120
Privaatsak / Private Bag X607
Oudtshoorn
6620



Rotariër geïnisieerde projek

"A time of peace and happiness."/ "n Tyd van Vrede en Vreugde"

VERSORGINGSEENHEID INLIGTING / FRAIL CARE INFORMATION

1. **PERSOONLIKE BESONDERHEDE / PERSONAL PARTICULARS**

A.	Huis nommer / House number									
B.	Van / Surname	_____								
B.	Voorname (IN BLOKLETTERS) / First Names (IN BLOCK LETTERS)	_____								
C.	Telefoonnommer Telephone number	HUIS HOUSE		SELFOON CELLPHONE						
D.	Dui aan met 'n X in die toepaslike ruimtes / Indicate with a X in the relevant spaces/									
	<table border="1"><tr><td>Manlik / Male</td></tr><tr><td>Vroulik / Female</td></tr></table>	Manlik / Male	Vroulik / Female	<table border="1"><tr><td>Getroud / Married</td></tr><tr><td>Ongetroud / Unmarried</td></tr></table>	Getroud / Married	Ongetroud / Unmarried	<table border="1"><tr><td>Wewenaar / Widower</td></tr><tr><td>Weduwee / Widow</td></tr></table>	Wewenaar / Widower	Weduwee / Widow	
Manlik / Male										
Vroulik / Female										
Getroud / Married										
Ongetroud / Unmarried										
Wewenaar / Widower										
Weduwee / Widow										
E.	Taalvoorkeur / Language	Afrikaans / Afrikaans		Engels / English						
E.	Geboortedatum / Date of birth		F.	Identiteitsnommer Identity Number						
G.	Naasbestaande adres / Relative address (1) _____ _____ _____ Tel. No. / Nr. _____			Naasbestaande adres / Relative address (2) _____ _____ _____ Tel No. / Nr. _____						
H.	Huisdokter / House doctor			Telefoon nommer / Telephone number						
I.	Mediese fonds / Medical Aid			Mediese fonds nommer / Medical Aid Number						
J.	Kerkverband / Denomination									
K.	Predikant / Minister			Telefoon nommer / Telephone number						
L.	Doodsgenootskap Funeralassociation			Telefoon nommer / Telephone number						
M.	Testament / Will									

2. MEDIESE GESKIEDENIS / MEDICAL HISTORY

A. OPERASIES / OPERATIONS:

B. ALLERGIEË / ALLERGIES

C. MEDIKASIE / MEDICATION

D. HUIDIGE KLAGTES / CURRENT COMPLAINTS

E. ALGEMEEN / GENERAL

NB: VUL VORM ASSEBLIEF KORREK IN

DANKIE

Millenium Park

Aftreeoord / Retirement Village

Privaatsak / Private Bag X607
120 Noordstraat / North Street
OUDTSHOORN
6625



Rotariër geïnisieerde projek

Tel: (044) 272 5867
Versorg / Frail Care: (044) 272 5119
Faks / Fax: (044) 279 2905
Epos: millpark@absamail.co.za
Web: www.milleniumpark.co.za

"'n Tyd van Vrede en Vreugde" / "A Time of Peace and Happiness"

BESONDERHEDE VAN PERSOON WAT VERANTWOORDELIKHEID NEEM
VIR MAANDELIKSE BYDRAE.

NAAM EN VAN:

VERWANTSKAP:

WOONADRES:

ID NOMMER: GEB. DAT:

TEL- /SELNOMMER: (.....).....

FAKS:

E-POS:

HANDTEKENING VAN VERANTWOORDELIKE PERSOON:

.....

ONDERNEMEING VAN PASIËNT/E

EK VERKLAAR DAT INDIEN MY AANSOEK GOEDGEKEUR WORD:

1. Ek op eie verantwoordelikheid en volgens die neergelegde reëls soos deur die Bestuur van tyd tot tyd voorgelê sal word, sal inwoon.
2. Ek verklaar verder dat ek nie vir die Personeel of enige gevolmagtigde op enige wyse aanspreeklik sal kan hou vir enige verlies van watter aard ookal, skade of besering opgedoen deur myself of enige van my besoekers nie.
3. Ek verantwoordelik sal bly vir die volle rekening vir solank ek in die versorgingseenheid is.
4. Geen afslag op die rekening word toegestaan terwyl inwoner met vakansie is - ongeag die tydperk daarvan.
5. Ek een (1) Kalendermaand kennis sal gee indien ek die Versorgingseenheid permanent wil verlaat.
6. Indien ek die Versorgingseenheid vroeër verlaat, bly ek en/of die verantwoordelike persoon verantwoordelik vir die volle uitstaande bedrag.
7. Indien ek tot sterwe sou kom, my boedel of die naasbestaende wat verantwoordelikheid neem vir die betalings vir een (1) Kalendermaand se rekening verantwoordelik gehou sal word.
8. Ek verlot toestaan om van een afdeling na 'n ander afdeling in die versorgingseenheid verskuif te word as my fisiese/psigiese toestand verander op bevinding en aanbeveling van die Geneesheer of die Sr in Bevel en of die Trusteeraad.
9. Ek verstaan dat interne siekeboek verskuiwings nodig is weens veranderings in omstandighede.
10. My eie reëlins vir vervoer sal tref.

Ek verstaan dat hierdie aansoek nie verder oorweeg sal word indien al

- a. die nodige inligting soos benodig, nie aangeheg is nie.
 - i. Ek bevestig dat ek met opname die volgende sal betaal:

11. Eerste maand rekening vooruitbetaalbaar.
12. Rente per maand op agterstallige / laat betalings gehef sal word.
13. Agterstallige rekeninge sal by Prokureurs oorhandig word vir verhaling.
14. Indien dit sou gebeur, word u en of verantwoordelike persoon verantwoordelik gehou vir die betaling van die rekening en u sal aanspreeklik gehou word vir alle koste insluitend Prokureur- en Kliëntkoste tesame met invorderings kommissie.
15. Die fooie jaarliks verhoog word.

PASIENT / VERANDWOORDELIKE PERSOON

GETEKEN :

Datum :