

ACCOUNT HOLDERS DETAIL/TITULAR DE CONTA

Surname/Apelido:

Medical Aid/Seguro de saúde:

ID No/Número do B.I.

Plan Type/Plano De Saúde:

Full Names/Primeiros Nomes:

Member No/Número do membro:

Language/Idioma

Authorisation No/Número de Autorização:

Title/Título:

Medical aid patients only/Só Pacientes com Seguro de Saúde

Contact Details/Detalhes de Contacto:

My medical aid premiums are paid up to date:

A minha apolice de saúde está atualizada

Home No/Telefone

Contact details next of kin/Número de contacto de descendente:

Work No/Número do trabalho

Name/Nome:

Cellphone No/Telemóvel

Relationship/Relacionamento:

Postal Address/Endereço Postal:

Residential Address/Endereço Residencial:

E-mail/Endereço de email:

Home No/Telefone:

Residential Address/Endereço Residencial:

Work No/Número do Trabalho:

Cellphone No/Telemóvel:

Concatto preferiedo

Employer Name/Nome do empregador:

PATIENT 'S DETAILS/DETALHES DO PACIENTE

Surname/Apelido:

Sex/Sexo:

Full Names/
Primeiros Nomes:

Dependancy Code/Código de Dependente:

Surgeon/Cirurgião:

ID No/Número do B.I.

Procedure Date/Data De Operação:

Date of birth/Data De Nascimento :

Allergies/special requests/Alergias:

SIGNED/ASSINATURA: _____

DATE/DATA: _____

This form must be send to the hospital at least 24 hours prior to admission. Este formulário tem que ser enviado para o hospital no mínimo de 24 horas antes do dia de admissão.

Copy of medical aid membership card and id document must accompany this form/Uma cópia do cartão de seguro de saúde e do passaporte tem que acompanhar este formulário.

Hand Deliver to: 10 Rotherty Street Nelspruit. Entregar pessoalmente para: 10 Rotherty Street Nelspruit

Email to: info@lowveldhospital.co.za

Contact us at 013-752 7576/info@lowveldhospital.co.za should you have any questions. Pode contactar-nos no numero 013 752 7576 info@lowveldhospital.co.za