

**PATIENT ADMISSION
FORM /
PASIËNT OPNAMEVORM**

Patient Sticker

ADMISSION DATE /
OPNAME DATUM:

DOCTOR /
DOKTER:

Completed document, Medical Aid Card and ID Document must be submitted to Reception at least 48-hours prior to admission if possible. Alternatively, please scan and **e-mail the form** to the hospital at **admission@zah.co.za**. Voltooide vorm moet saam met u Mediese Fonds Kaart en ID-dokument ingehandig word by Ontvangs, 48-uur voor opname indien moontlik. Alternatiewelik, skandeer die dokument en **stuur via e-pos** na die hospitaal by **admission@zah.co.za**

Tick applicable / Merk asseblief toepaslike

MEDICAL SCHEME/MEDIESE SKEMA

7

PRIVATE PATIENT/PRIVAAT PASIËNT

7

WCA/BAD

7

MVA

11

AUTHORISATION NO. / MAGTIGINGS NR.

[illegible]

A: MAIN MEMBER / PERSON RESPONSIBLE FOR ACCOUNT
HOOFD / PERSOON VERANTWOORDELIK VIR REKENING

ID OR PASSPORT NO. / ID OF PASPOORT NR.																				
Title / Titel:					Surname / Van:															
Full Names / Volle Voorname:																				
Relation to Patient / Verwantskap aan Pasiënt:																				
Physical Home Address / Fisiese Huis Adres:										Postal Address / Posadres:										
					Postal Code / Poskode:										Postal Code / Poskode:					
Employer / Werkgewer:										Occupation / Berroep:										
Period of Employment / Tydperk van Diens:										Telephone No. / Telefoonnr.:					H ()					
															W ()					
Physical Work Address / Fisiese Werkadres:										Cellphone No. / Selfoonnr.:										
										E-mail /										
										E-pos:										
					Postal Code / Poskode:															

B:	MEDICAL AID DETAILS / MEDIESE SKEMA BESONDERHEDE
-----------	---

Medical Aid Name / Mediese Skema Naam:		Plan / Option / Plan / Opsie:	
Membership Number / Lidmaatskap Nommer:			
Netwerk Opsie / Netwrok Option:	Yes / Ja No / Nee	Dependent Code / Afhanklike Kode:	
Patient Waiting Period / Exclusions / Pasiënt Wagperiode / Uitsluitings:		Benefit Date / Voordele Datum:	

C:	DETAILS OF PATIENT / PASIËNT SE BESONDERHEDE
----	--

ID OR PASSPORT NO. / ID OF PASPOORT NR.																													
Title / Titel:		Surname / Van:																											
Full Names / Volle Voorname:				Gender / Geslag				Language Preference / Taal Voorkeur																					
				M		F / V		English					Afrikaans																

C: DETAILS OF PATIENT / PASIËNT SE BESONDERHEDE			
Residential Address / Woonadres:		Postal Address / Posadres:	
Postal Code / Poskode:		Postal Code / Poskode:	
Employer / Werkgewer:		Occupation / Berroep:	
Period of Employment / Tydperk van Diens:		Telephone No. / Telefoonnr.:	
Physical Work Address / Fisiese Werkadres:		Cellphone No. / Selfoonnr.:	
		E-mail / E-pos:	
Postal Code / Poskode:			
Diagnosis / Diagnose:			

D: BANK DETAILS FOR POSSIBLE REFUND: / BANK BESONDERHEDE VIR TERUGBETALING:	
ACCOUNT HOLDER / REKENINGHOUER:	
BANK NAME / BANK NAAM:	
BRANCH CODE / TAK KODE:	
ACCOUNT NO. / REKENING NR.:	
TYPE OF ACCOUNT / TIPE REKENING:	

E: RELATIVE / NAASBESTAANDE	
Name & Surname / Naam & Van	
Relationship / Verwantskap	Cellphone No. / Selfoonnr.:
Address / Adres	Telephone No. / Telefoonnr.:
	H ()
	W ()
Postal Code / Poskode:	

F: CONTACT PERSON (not the same as above) / KONTAKPERSON (nie dieselfde as bo)	
Name & Surname / Naam & Van	
Relationship / Verwantskap	Cellphone No. / Selfoonnr.:
Address / Adres	Telephone No. / Telefoonnr.:
	H ()
	W ()
Postal Code / Poskode:	

I am fully aware of the conditions and procedures regarding the payment of the Hospital account. /
Ek is ten volle op hoogte van die voorwaardes en prosedures vir betaling van die Hospitaalrekening.

PLEASE NOTE: It is essential that the above pre-admission form must be completed accurately before admission.
Please ensure that your identity number is clearly indicated. /

NEEM KENNIS: Dis is belangrik dat bestaande voor-opname vorm voor u opname volledig voltooi moet word.
U Identiteitsnommer moet ook asseflief duidelik aangedui word.

Signature / Handtekening

Date / Datum

Signed by / Geteken deur