



# NARKOSEVORM ANAESTHESIA FORM

Vir meer inligting, besoek:  
For more information, visit:  
[www.acaciasasa.co.za](http://www.acaciasasa.co.za)

LEES ASSEBLIEF AFDELINGS A, B, C, & D, VUL GEGEWENS IN, TEKEN ONDER EN OORHANDIG AAN DIE ANESTESIOLOOG.  
L.W. AFDELING C MOET INGEVUL WORD DEUR DIE REKENINGPLIGTIGE  
PLEASE READ AND COMPLETE SECTIONS A, B, C, & D, SIGN BELOW AND HAND TO THE ANAESTHESIOLOGIST.  
N.B. SECTION C. MUST BE COMPLETED BY THE PERSON RESPONSIBLE FOR THE ACCOUNT.

## A OOREENKOMS TUSSEN DIE ANESTESIOLOOG EN PASIËNT AGREEMENT BETWEEN THE ANAESTHESIOLOGIST AND PATIENT

- A1. Ek begryp dat 'n insidentvrye narkose nie gewaarborg kan word nie.
- A2. Ek begryp dat teateroerusting en -personeel deur die hospitaal verskaf word en nie deur die anesthesioloog gewaarborg kan word nie.
- A3. Ek onderneem om nie alkohol te verbruik, 'n motorvoertuig te bestuur of enige gevaarlike toerusting te hanteer, belangrike besluite te neem of dokumente te teken vir 'n tydperk van 24 uur na narkose toegedien is nie.
- A4. Ek verleen toestemming dat my persoon inligting bekend gemaak mag word aan belanghebbende instansies, soos deur die wet bepaal, asook anonieme data van 'n kliniese en praktykbesturende aard wat tot die bevordering van die pasiënt se welstand mag bydra.

### BETALING:

- A5. Hierdie rekening is totaal onafhanklik van enige ander rekening deur die hospitaal of chirurg uitgereik.
- A6. U is persoonlik verantwoordelik vir betaling en NIE u mediese fonds nie. U mediese fonds gaan nie die volle bedrag vereffen nie.
- A7. Mora rente mag gehêf word op rekeninge wat nie binne 60 dae ten volle vereffen is nie.
- A8. U kies die adres soos op die keersy aangedui as u **DOMICILIUM CITANDI ET EXECUTANDI** adres. U aanvaar die verantwoordelikheid om die praktyk skriftelik van enige adresveranderinge in kennis te stel indien nodig.
- A9. Sou u rekening oorhandig word vir invordering van uitstaande bedrae, sal u aanspreklik gehou word vir regskoste wat insluit regskoste op prokureur-en- kliënt skaal, invorderingskommissie en opsporingskoste sowel as BTW waar van toepassing.

- A1. I understand that no one can guarantee an incident free anaesthetic.
- A2. I understand that there are equipment and theatre staff supplied by the hospital which cannot be guaranteed by the anaesthesiologist.
- A3. I agree not to drink alcohol, drive a car, or operate any dangerous equipment, make important decisions or sign contracts for 24 hours after recovering from anaesthesia.
- A4. I agree to allow my personal data to be forwarded to the relevant organizations as required by law and to allow anonymous data of a clinical and practice management nature, to be collected to help to improve the patients healthcare experience.

### PAYMENT:

- A5. This account is rendered completely independent from the accounts rendered by the hospital and surgeon.
- A6. You are personally responsible for payment and **NOT** your medical aid fund. Your medical aid fund will not cover the full amount on your account.
- A7. Mora interest may be charged on accounts that have not been settled in full within 60 days.
- A8. You hereby choose the address on the overleaf as your **DOMICILIUM CITANDI ET EXECUTANDI** address for all purposes of this agreement.
- You also acknowledge responsibility to inform the anaesthesiologist in writing of any change of address that may occur since the date of treatment.
- A9. Should your account be handed over for collection of any monies in arrears you will be liable for all legal costs on attorney and client scale, collection charges and tracing fees as well as VAT where applicable.

### TEKEN ASB. HIER - PLEASE SIGN HERE

Ek het bostaande gelees, begryp en aanvaar die voorwaardes soos uiteengesit. Hiermee gee ek toestemming vir narkose vir myself / my afhanklike.

GETEKEN:  
SIGNED:

I have read, understood and agree to the conditions mentioned above. I hereby give permission for anaesthesia on myself / my dependant.

DATUM:  
DATE:

AMPTELIK ( Anesthesioloog )  
OFFICIAL ( Anaesthesiologist )

GETEKEN:  
SIGNED:

<b>B</b>	PASIENT VAN : PATIENT SURNAME :	GEB.DATUM: BIRTH DATE:
	VOLLE VOORNAME : FIRST NAMES :	

MEDIESEFONDS : MED FUND :	OPSIE: OPTION:	NOMMER : NUMBER :
MAGTIGINGS No : AUTHORIZATION No :	AFR ENG	TITEL : TITLE :
		PROF DR MNR MEV MEJ MISS
VAN : SURNAME :	VOORLETTERS : INITIALS :	
POSADRES : POSTAL ADDRESS :	epos: email:	
		POS KODE : POSTAL CODE :
I.D. No :	SEL: CEL:	
TEL HUIS : TEL HOME :	TEL WERK : TEL WORK :	FAKS : FAX :
WOONADRES : RES. ADDRESS :	WERKGEWER : EMPLOYER :	
	ADRES : ADDRESS :	
FAMILIE/VRIEND: FAMILY/FRIEND:	B.A.D./ I.O.D. EISNo./ CLAIM Nr:	WERKGEWER REGISTRASIE No : EMPLOYER REGISTRATION No :
TEL:	DAT.v.BESERING: DATE of INJURY:	



Dr. No	HOSPITAAL :	VR	DAT.
	CHIRURG :		0150 0145 0146 0147 0151
	PROSEDURE :		KODE :
	NARKOSETYD : VAN : TOT : MIN		ICD 10
			0039 MIN
			0011 MIN

No	<b>AMPTELIK OFFICIAL</b>	
	<b>PLAK HOSPITAAL PLAKKER HIER</b>	
	<b>PASTE HOSPITAL STICKER HERE</b>	
		0109 544
		0028 1215
		0030 1216
		0032 1218
		0034 1220
		0038 1221
		0042 2800
	0043 2801	
	0044 2802	
	0018	
	0019	