



RADIOLOGY 24 INC.

DIAGNOSTIC RADIOLOGISTS

PLEASE COMPLETE IN PRINT / VOLTOOI ASSELIEF IN DRUKSKRIF

ACCOUNT NO. / REKENING NR. _____

PATIENT INFORMATION / PASIËNT BESONDERHEDE

TITLE / TITEL	SURNAME / VAN		SEX / GESLAG
FULL NAMES / VOLLE NAME	AGE / OUDERDOM	DATE OF BIRTH / GEBOORTEDATUM	LANGUAGE / TAAL
PATIENT ID / PASIËNT ID	PATIENT CELL / PASIËNT SEL		
PATIENT EMAIL / PASIËNT EPOS			
RELATIONSHIP TO MEMBER / VERWANTSKAP AAN LID	FEMALE PATIENTS / VROULIKE PASIËNTE	ALLERGIES? / ALLERGIEË	PLEASE SPECIFY / SPESIFISEER ASB.
	ARE YOU PREGNANT? / IS U SWANGER?	ASTHMA / ASMA	
W.C.A. PATIENTS ONLY IF APPLICABLE / B.A.D. PASIËNTE ALLEENLIK INDIEN VAN TOEPASSING	DATE OF INJURY / DATUM V. BESERING	CLAIM NUMBER / EIS NOMMER	

PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT / MAIN MEMBER / PERSOON VERANTWOORDELIK VIR BETALING / HOOFLID

TITLE / TITEL	INITIALS / VOORLETTERS	SURNAME / VAN
MEMBER ID / LID ID	MEDICAL AID / MEDIESE FONDS	PLAN / PLAN
MEMBER NO. / LID NR.	PATIENT DEP CODE / PASIËNT AFHANKLIKE KODE	
POSTAL ADDRESS / POSADRES		RESIDENTIAL ADDRESS / WOONADRES
CODE / KODE		CODE / KODE
EMAIL / EPOS		
I give consent that all correspondence regarding my account may be emailed to the above email address. Ek gee toestemming dat enige korrespondensie rakende my rekening per bogenoemde epos gekommunikeer mag word.		
CELL 1 / SEL 1	CELL 2 / SEL 2	HOME / HUIS
EMPLOYER / WERKGEWER	OCCUPATION / BEROEP	
EMPLOYER'S ADDRESS / WERKGEWER ADRES		
CODE / KODE	TEL NO. / TEL NR.	
INFORMATION : RELATIVE / FRIEND — INLIGTING : FAMILIELID OF VRIEND		
NAME / NAAM		
ADDRESS / ADRES		CODE / KODE
TEL NO. / TEL NR.	CELL NO. / SEL NR.	
NAME OF REFERRING DOCTOR / NAAM VAN VERWYSENDE DOKTER		
NAME OF GENERAL PRACTITIONER / NAAM VAN ALGEMENE PRAKTISSYN		

DECLARATION / VERKLARING

EK GEE HIERMEE TOESTEMMING VIR DIE INSPUIT OF ANDER TOEDIENING VAN KONTRASMIDDEL OF MEDIKAMENTE WAT NODIG MAG WEES TYDENS DIE X-STRAAL ONDERSOEK.

I HEREBY GIVE CONSENT FOR THE INJECTION OR OTHER ADMINISTRATION OF ANY DRUGS OR CONTRAST MEDICINE WHICH MAY BE NECESSARY FOR THE PERFORMANCE OF THE X-RAY EXAMINATION.

NEEM KENNIS dat ten spyte daarvan dat u 'n lid van 'n mediese fonds mag wees en dat hierdie praktyk direk aan sodanige mediese fonds mag verhaal, u persoonlik aanspreeklik bly vir betaling van u rekening. Die plig is ten all tye op u om toe te sien dat u rekeninge op die vervaldag betaal is.

PLEASE NOTE that even if you are a member of a medical aid fund and that this practice may collect directly from your medical aid fund, you remain personally responsible for payment of your account. It is your duty at all times to ensure that your accounts are paid on the due date.

DATE / DATUM _____ SIGNATURE / HANDTEKENING _____ PRINT NAME / NAAM IN DRUKSKRIF _____

FOR OFFICE USE ONLY / VIR KANTOOR GEBRUIK ALLEENLIK

CAPTURED BY / VERWERK DEUR _____ PRE-AUTHORISED / VOORLOPIG GOEDGEKEUR _____