

**DR FH DE GOEDE**  
MB.CH(Stell)MMED(Derm)(Stell)

Ons is 'n **KONTANT PRAKTYK**. Vereffen asseblief dadelik.

**1. PASIËNT BESONDERHEDE:**

Van:..... Voornaam:.....

Titel: Mnr/Mev/Mej/Me..... ID :..... Geboortedatum:.....

Huistaal:..... Beroep:..... Sel:.....

**2. PERSOON VERANTWOORDELIK VIR DIE REKENING:**

Volle name en Van:..... Titel:Mnr/Mev/Mej/Me.....

Woonadres:.....

.....Poskode:..... Telnr:.....

Posadres:.....

.....Poskode:..... Sel:.....

Werkgewer:..... Telnr (w):.....

**3. MEDIESE FONDS GEGEWENS:**

Naam van fonds :..... Lid no:.....

Hooflid van fonds :..... ID :.....

**4. VERWYSENDE DOKTER:**

Naam:..... Adres:.....

..... Tel:.....

**TARIEWE**

Tariewe is gebaseer op die Mediese Vereniging se leidraad tot gelde en nie op wat die Mediese Fonds bereid is om u te vergeld nie. U IS PERSOONLIK VERANTWOORDELIK VIR BETALING VAN DIE REKENING OP DIE DAG VAN KONSULTASIE en eis dan u vergoeding van u Mediese Fonds.

Ek aanvaar dat ek self verantwoordelik is vir die betaling van die betrokke rekening.

Handtekening:..... Datum.....

Epos adres:.....

**AANDAG ASSEBLIEF:**

**GEEN** herhaling van voorskrifte na 6 maande sonder 'n afspraak nie.

**VOLGENS DIE LEIDRAAD TOT GELDE VIR MEDIESE DIENSTE** SAL FOOIE GEHEF WORD VIR HERHALING VAN VOORSKRIFTE (TELEFONIES OF GEFAKS) ASOOK VIR DIE INVUL VAN ALLE CHRONIESE MEDIKASIE VORMS EN MOTIVERING VIR BEHANDELING.

[www.degoededermatology.co.za](http://www.degoededermatology.co.za)

**Besoek ons webtuiste vir meer inligting oor kosmetiese behandelinge bv. Chemiese afskilfering, Mikrodermabrasie, Lasers ens.**

**Sal u graag ons maandelikse nuusbrief wil ontvang?** JA  NEE

**Wil u 'n konsultasie met ons velterapeut maak?** JA  NEE