

SECTION 2 / AFDELING 2

# General Practitioner's Report

To be completed by patient's usual Family Doctor, who has known patient for 2 years or longer

## Algemene Praktisyn Verslag

Moet voltooi word deur die pasiënt se gewone Huisdokter, wat die pasiënt reeds 2 jaar of langer ken.

Note: This page needs only be completed by patient's usual Family Doctor if: (1) the policy is less than 24 months old, or (2), the benefits were increased less than 24 months ago, or (3), the patient was added to the policy less than 24 months ago. The issue of this form does not constitute an admission of liability under the policy.

The Policyholder is responsible for payment of any fee in connection with the completion of this declaration.

Let Wel: Hierdie bladsy moet net deur die gewone Huisdokter voltooi word as: (1), die polis minder as 24 maande oud is, of (2), die voordele minder as 24 maande gelede verhoog is, of (3), die pasiënt minder as 24 maande gelede op die polis geplaas is. Die uitreiking van hierdie vorm is nie 'n erkenning van aanspreeklikheid nie.

Die Polishouer is verantwoordelik vir enige foie betaalbaar vir die voltooiing van hierdie verklaring.

DETAILS OF FAMILY/PATIENT'S DOCTOR BESONDERHEDE VAN HUISDOKTER	5a. DETAILS OF ILLNESS/BESONDERHEDE VAN SIEKTE (Vervolg)		
Name/Naam:	If yes, give dates and details of treatment/Indien wel, verstrek datums en besonderhede van behandeling		
Postal Address/Posadres:			
Code/Kode:			
Fax/Faks:			
Tel (Daytime/Bedags)			
1. POLICY NUMBER(S)/ POLISNOMMER(S)	5b. DETAILS OF PREGNANCY/BESONDERHEDE VAN SWANGERSKAP		
	Approximate date of conception/ Wat is beraamde datum van bevrugting?		
	Date of delivery?/Datum van bevaling:		
2. NAME OF POLICYHOLDER/NAAM VAN POLISHOUER	5c. DETAILS OF ACCIDENT/BESONDERHEDE VAN ONGELUK		
	Date of accident/Datum van ongeluk:		
	Details of accident/Besonderhede van ongeluk:		
	Injuries sustained/Beserings opgedoen:		
3. PATIENT/PASIËNT	6. WAS HOSPITALISATION IN ANY WAY CONNECTED TO (✓ applicable box) WAS HOSPITALISASIE ENIGSINS VERBONDE AAN (✓ toepaslike blokkie)		
Name/Naam:	Y/J	N	
Date of Birth/Geboortedatum:			
4. HOW LONG HAVE YOU BEEN THE PATIENT'S FAMILY DOCTOR?/VIR HOE LANK IS U NOU DIE PASIËNT SE HUISDOKTER?	Congenital conditions/Aangebore siektes		
From/Van: To/Tot:	Chronic defects/conditions/Kroniese gebreke/kondisies		
If less than 24 months, state previous doctor's details/Indien minder as 24 maande, meld vorige dokter se besonderhede.	Mental diseases or disorders/Geestes kwale		
Name/Naam:	Abuse of alcohol/Alkohol misbruik		
Postal Address/Posadres:	Drugs not administered on or in accordance with advice of a doctor/Dwelmmisbruik of gebruik sonder dokter se voorskif		
Code/Kode:	Self-inflicted injury/attempted suicide/Poging tot selfmoord/selfbesering		
Fax/Faks:	HIV/AIDS related conditions/illnesses/MIV/V.I.G.S. verbonde kondisie/siektes		
Tel (Daytime/Bedags):	Miscarriage, abortion or any complication therefrom/ Miskraam, aborsie of enige komplikasies daarvan		
5. REASON FOR HOSPITALISATION (✓ applicable box) REDE VIR HOSPITALISASIE (✓ toepaslike blokkie)	Details/Besonderhede		
<input type="checkbox"/> A Illness Siekte	<input type="checkbox"/> B Pregnancy/Swangenskap	<input type="checkbox"/> C Accident/Ongeluk	
5a. DETAILS OF ILLNESS/BESONDERHEDE VAN SIEKTE	7. DECLARATION/VERKLARING		
Nature of illness/Aard van siekte:	I declare that the information given above, is, to my knowledge and belief, true and complete/Hiermee verklaar ek dat die voorafgaande inligting, volgens my kennis en oortuiging, waar en volledig is.		
When did patient become aware of illness?/Wanneer het die pasiënt bewus geword van hierdie siekte?	Date/Datum:		
Has patient suffered from this condition before?/Het die pasiënt vantevore aan die siekte gely?	Doctor's signature/ Dokter se handtekening:		