



Phone 012 998 6661

Fax 086 633 9022

E-mail elsa@estherapy.co.za

PostNet Suite # 363 Private Bag X10,

Elarduspark 0074

www.estherapy.co.za

Training, Therapy & Consultancy for adults and children

NEW PASIENT INFORMATION/NUWE KLIËNT INFORMASIE							
CLIENT PARTICULARS/KLIËNT INFORMASIE							
Date/datum:		Leer/File nr:		Terapeut			
Surname: Van:					Gender: Geslag:		
Full name: Volle naam:				Nickname: Noemnaam:			
Date of Birth: Geboorte datum:		Age: Ouderdom:		Language: Huistaal:			
MAIN MEMBER LIABLE FOR PAYMENT/HOOFID VERANTWOORDELIK VIR BETALING							
Surname: Van:				Initials: Voorletters:		Title: Titel:	
Full name: Volle naam:				Marriage status: Huwelik status:			
Identity nr: Identiteits nr:				Relationship to client: Verwantskap aan kliënt:			
E-mail for acc: E-pos vir rek:							
Residential address: Woonadres:				Postal address: Posadres:			
Home/huis tel:	Work/Werk:	Cellular / Sel nr:	Cellular / Sel nr (additional):				
Occupation: Beroep:				Name of employer: Naam van werkgewer:			
Would you like to receive information regarding future courses and news:				YES / NO			
MEDICAL AID/MEDIËSE FONDS							
Medical Scheme: Mediese Skema:		Membership nr: Lidmaatskap nr:		Plan:			
FATHER/VADER:				MOTHER/MOEDER:			
Surname: Van:				Surname: Van:			
Name: Naam:				Name: Naam:			
Occupation: Beroep:				Occupation: Beroep:			
Name of employer: Naam van werkgewer:				Name of employer: Naam van werkgewer:			
Cellular nr: Sel nr:				Cellular nr: Sel:			
Home/huis tel:	ID:			Home/huis tel:	ID:		

General information/Algemene inligting

By who were you referred?
Deur wie is u verwys?

*Friend**Doctor**Internet**Self**Therapist**Other*

Specify

Spesifiseer

- I, the undersigned, hereby declare that all above mentioned information is just and true and that I am authorized by the person responsible for payment of account to bring client for treatment and to sign documents or agreements on his/her behalf.
- I, accept all responsibility for payment of the full outstanding amount and for payment of any possible legal expenses due to non-payment of any outstanding accounts on attorney and client side. Outstanding accounts older than 60 days will be handed over to our attorneys
- I, hereby acknowledge that I have read and have agreed to the informed consent which is a requirement of the practice.

- Hiermee verklaar ek, die onder getekende, dat die inligting hierin genoegsaam waar en juist is, en dat ek gemagtig is deur die persoon verantwoordelik vir die betaling van die rekening om die Kliënt te bring vir behandeling en om die dokumente en ooreenkomste te teken namens hom/haar.
- Ek aanvaar dat ek aanspreeklik is vir die betaling van die volle verskuldigde bedrag asook vir die moontlike regskoste aangegaan a.g.v wanbetaling van enige rekening op prokureur-en kliënteskaal. Uitstaande rekeninge van ouer as 60 dae sal aan ons prokureurs oorhandig word.
- Ek bevestig hiermee dat ek bogenoemde inligtingstuk, wat 'n vereiste van die praktyk is, gelees het en saamstem met die inhoud daarvan.

Date:

Datum:

Print name:

Naam in drukskrif:

Signature:

Handtekening:

Please bring along the following.

- Copy of identity of main member of medical aid.
- Copy of medical aid membership card.

Bring asb die volgende saam:

- Kopie van ID dokument van hooflid.
- Kopie van mediese fonds kaart.