



Tuiste vir Beiaardes

001-194 NPO

POSBUS 10405
ASTON MANOR
1630

CACTUSLAAN
ALLEN GROVE
KEMPTONPARK
1619

Epos: johannie@herfsland.co.za
Tel: 011 972 5417/8
Faks: 011 391 2104

HUIS SENIOR

AANSOEKVORM/ APPLICATION FORM

Volle Name Full Names	
Van Surname	
Nooiensvan Maiden Name	
Noemnaam Call by name	
Identiteitsnommer (heg afskrif aan) Identity Number (attach copy)	
Telefoonnommer Telephone number	
Adres Address	
Naam en telefoonnommer van huisdokter Name and telephone number of general practitioner	
Geslag Sex	
Geboortedatum Date of Birth	
Huistaal Home language	
Kerkverband Religious denomination	
Beroepsagtergrond Occupational background	
Stokperdjies	

Hobbies	
Belangstellings Interests	
Mediese fondsnaam en nommer Medical Aid name and number	
Begrafnisonderneming en polisnommer Funeral Society and policy number	
Waar word u testament bewaar? Where is your will being kept?	
Allergieë Allergies	
Enige mediese toestande waarvan ons moet kennis dra? Any medical conditions we need to be aware of?	

Kinders of naasbestaandes se naam, adres, selfoonnommer en eposadres:
Children or next of kin's name, address, cell phone number and email address:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Dit is ons beleid om inligting aan net een kind of naasbestaande te gee wat dit weer aan die res van die families al versprei. Wie is die kontakpersoon?
It is in our policy to supply information to only 1 child or next of kin, who in turn will forward the information to the rest of the family. Who is the contact person?

MEDIESE SERTIFIKAAT: Aansoek vir opname in 'n Tuiste vir Bejaardes
MEDICAL CERTIFICATE: Application for admission to a Home for the Aged

Moet deur mediese praktisyn voltooi word / To be completed by medical practitioner											
Volle naam van applikant Full name of applicant											
Geboorte datum Date of birth											
Identiteitsnommer Identification number											
Ras / Race						Geslag/Gender					

1. ALGEMEEN / GENERAL:

Lengte/ Height				Gewig/ Weight			
-------------------	--	--	--	------------------	--	--	--

2. SPYSVERTERINGSTELSEL / ALIMENTARY SYSTEM:

Klagtes: Slegte spysvertering / Mantelvliesbreuk / Hardlywigheid / Sooibrand			
Complaints: Indigestion / Hiatus Hernia / Constipation / heart-burn			

3. GESIGVERMOË / VISION

Klagtes: Oogpêrel / gloukoom / gesigsverlies			
Complaints: Cataracts /glaucoma / loss of vision			

4. GEHOOR / HEARING

Klagtes: Verlies			
Complaints: Loss			

5. BLOEDSOMLOOPSTELSEL / CIRCULATORY SYSTEM

A	Bloeddruk / Blood pressure	
B	Pols / Pulse	
C	Perifere sirkulasie / Peripheral circulation	
D	Sianose / Cyanosis	
E	Klagtes / Complaints	

6. ASEMHALINGSSTELSEL / RESPIRATORY SYSTEM

A	Spoed / Speed	
B	Lugweë / Air entry	
C	Geskiedenis van ondergrond werk History of working underground	

D	Klagtes / Complaints	
---	----------------------	--

7. SKELET-SPIER / MUSCULAR-SKELETAL SYSTEM

A	Beweeglikheid / Gait	
B	Artritis / Arthritis	
C	Spastisiteit / Spasticity	
D	Gebrekkigheid / Deformities	
E	Bedgebonde / rystoel / stap stoel / ambulante Bedridden / wheelchair / walking aid / ambulante	

8. GESLAG-URINE STELSEL / GENITO-URINARY SYSTEM

A	Inkontinensie en klagtes Incontinence and complaints	
---	---	--

9. SENUWEESTELSEL / NERVOUS SYSTEM

A	Tremor / Tremors:	
B	Duiseligheid / Vertigo:	
C	Hoofpyn / Headaches:	
D	Epilepsie / Epilepsy:	
E	Perifere Neuropatie / Peripheral Neuropathy:	
F	Klagtes / Complaints:	

10. KLIERE / GLANDS

A	Borste / Breasts:	
B	Skildklier / Thyroid Gland:	
C	Pankreas-diabetes / Pancreas-diabetes:	
D	Prostaat / Prostate gland:	
E	Klagtes / Complaints:	

12. GEESTESTOESTAND / MENTAL STATE

Oriëntasie / geheue / emosionele toestand Orientation / memory / emotional state:	
---	--

13. SLAAPPATROON / SLEEPING PATTERN

Gaan vroeg slaap / raak moeilik aan die slaap / word vroeg wakker: Goes to bed early / has difficulty in falling asleep / awakens early:	
---	--

14. GEWOONTES / HABITS

A	Rook / Smoke:	
B	Alkohol / Alcohol:	

C	Lakseermiddels / dwelmmiddels / medikasie Laxatives / drugs / patent medication:	
---	---	--

15. **VOETE / FEET**

Eelte / Liddorings / Edeem / Naels Callosity / Corns / Oedema / Toenails	
---	--

16. **ANDER / OTHER**

A	Allergieë Allergies:	
B	Hulpmiddels: Bril, Gehoortoestel, Prostese Aids: Glasses, Hearing aid, Prosthetic Aid	
C	Operasies Operations:	

17. **HUIDIGE DIAGNOSE / PRESENT DIAGNOSIS**

18. **HUIDIGE MEDIKASIE – Voorsien asseblief 'n oorspronklike voorskrif vir uitreiking van medikasie**

PRESENT MEDICATION- Please provide an original script in addition, as required for dispensing purposes.

MEDIËSE PRAKTISYEN (Naam voluit) MEDICAL PRACTITIONER (Full name)	
ADRES / ADDRESS	
HANDTEKENING / SIGNATURE	
DATUM / DATE	