



Tuiste vir Beiaardes van die NG Kerk

001-194 NPO

POSBUS 10405
ASTON MANOR
1630

CACTUSLAAN 21
ALLEN GROVE
KEMPTONPARK
1619

Epos: manager@herfsland.co.za
Tel: 011 972 5417/8

HUIS SENIOR

AANSOEKVORM/ APPLICATION FORM

Volle Name <i>Full Names</i>	
Van <i>Surname</i>	
Nooiensvan <i>Maiden Name</i>	
Noemnaam <i>Call by name</i>	
Identiteitsnommer (heg afskrif aan) <i>Identity Number (attach copy)</i>	
Geboortedatum <i>Date of Birth</i>	
Telefoonnommer <i>Telephone number</i>	
Omkring asb <i>Please circle</i>	M/V M/F
Huistaal <i>Home language</i>	
Huidige Adres <i>Current Address</i>	
By wie by u tans? <i>With whom are you living at the moment?</i>	
Waarom oorweeg u Huis Senior <i>Reason for considering Huis Senior</i>	
Kerkverband <i>Religious denomination</i>	
Beroepsagtergrond <i>Occupational background</i>	
Stokperdjies <i>Hobbies</i>	
Belangstellings <i>Interests</i>	

Naam en telefoonnommer van huisdokter <i>Name and telephone number of general practitioner</i>	
Allergieë <i>Allergies</i>	
Mediese fondsnaam en nommer <i>Medical Aid name and number</i>	
Enige mediese toestande waarvan ons moet kennis dra? <i>Any medical conditions we must to be aware of?</i>	
Begrafnisonderneming en polisnommer <i>Funeral Society and policy number</i>	
Waar of by wie word u begrafnispolis bewaar? <i>Where or with whom is your funeral society policy kept?</i>	
Wie sal verantwoordelikheid neem vir die betaling van die maandelikse huur? Naam & Van Relationship Selnommer Eposadres <i>Who will take responsibility for the payment of the monthly rent?</i> <i>Name and Surname</i> <i>Relationship</i> <i>Cell nr</i> <i>Email address:</i>	
Waar het u van Huis Senior gehoor? <i>Where did you hear about Huis Senior?</i>	

Kinders of naasbestandes se naam, adres, selfoonnommer en eposadres:

Children or next of kin's name, address, cell phone number and email address

Naam en Van <i>Name and Surname</i>	Adres <i>Address</i>	Sel nr en epos adres <i>Cell nr and email address</i>
1.		
2.		
3.		

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?

Huis Senior bied veilige huisvesting vir persone wat nog gesond is en onafhanklik kan bly. Dit is daarom belangrik dat dit onderstaande mediese vorm deur u Dr voltooi word.

Huis Senior provides safe accommodation for individuals who are still healthy and can live independent. It is therefore important that the medical form, here below, be completed by your GP.

Daar word versoek dat u eers 'n afspraak maak met die bestuurder vir 'n gesprek alvorens u reël om die mediese sertifikaat te laat voltooi.

It is requested that an appointment first be made with the manager before arranging for the completion of the medical form.

Vriendelike Groete,
Kind regards,

Ilze Pieterse
Bestuurder
Manager



Tuiste vir Bejaardes

001-194 NPO

POSBUS 10405
ASTON MANOR
1630

CACTUSLAAN
ALLEN GROVE
KEMPTONPARK
1619

Epos: manager@herfsland.co.za
Tel: 011 972 5417/8

MEDIËSE 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 / Sooi-brand	
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 / ambulant Bedridden / wheelchair / walking aid / ambulant	

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.**

MEDIESE PRAKTISYN (Naam voluit)	
MEDICAL PRACTITIONER (Full name)	
ADRES / ADDRESS	
HANDTEKENING / SIGNATURE	
DATUM / DATE	