

Dr Marius Coetsee - Orthodontist/Ortodontis

Date / Datum: _____ Eng Afr

PATIENT DETAILS / PASIËNT BESONDERHEDE:

Surname/ Van _____

Name/Naam _____

Date of Birth / Geboortedatum _____

Physical Address / Fisiese Adres _____

_____ Postal Code / Poskode _____

Daytime contact person / Skakelpersoon gedurende dag _____

@ Tel _____ Cell / Sel _____

PERSON RESPONSIBLE FOR ACCOUNT / PERSOON VERANTWOORDELIK VIR REKENING:

Surname / Van _____

Full names / Volle name _____

Title / Titel _____ ID Nr _____

Postal Address / Posadres _____

_____ Postal Code / Poskode _____

Tel (H) _____ (W) _____ (Cell / Sel) _____

E-mail address / E-pos _____

Occupation / Beroep _____

Business Address / Besigheidsadres _____

Medical Aid / Mediese Fonds _____ Nr _____

Who is your dentist? / Wie is u tandarts? _____

Who referred you to our Practice? / Wie het u verwys na ons Praktyk? _____

When last did you visit your dentist? / Wanneer laas het u die tandarts besoek?

Have you had any orthodontic treatment or consultation before? / Het u ooit voorheen enige ortodontiese behandeling of ondersoek gehad?

Have any of your family had orthodontic treatment or consultation here before? / Het enige lid van u familie voorheen ortodontiese behandeling of konsultasie hier gehad?

Illnesses: Do you have or have you had: / Siektes: Ly u aan of het u ooit gely aan:

	YES / JA	NO / NEE	DETAILS / BESONDERHEDE
Asthma / Asma			
Hayfever / Hooikoors			
Arthritis / Gewrigsiektes			
Bone disease / Beensiektes			
Muscular disease / Spiersiektes			
Heart disease / Hartsiektes			
Bleeding tendency / bloedingsneigings			

Have you had any pain or discomfort of the jaw joints? Het u ooit pyn of ongerief ervaar in die kaakgewrig?

Do you do any contact sport / hobbies that may be dangerous to your teeth? / Doen u kontak sport / stokperdjies wat gevaarlik vir u tande mag wees?

Do you have habits like:
Het u gewoontes soos:

Nailbiting
Naels byt

Grinding
Tande kners

Are you using any chronic medication? / Gebruik u enige chroniese medikasie?

Have you had any previous operations? (Specify) / Het u enige vorige operasies gehad? (Spesifiseer asb)

Interest will be charged on overdue accounts. / Rente sal gehef word op agterstallige rekeninge.

Signature / Handtekening _____

Please be advised that this practice does not charge NRPL fees. See website www.doh.gov.za to determine their fees. Our tariffs are determined by the actual cost to maintain the highest standards of excellence. Neem asb. kennis dat die praktyk nie NRPL tariewe hef nie. Besoek die webtuiste www.doh.gov.za om hul fooie te besigtig. Ons fooie word bepaal deur die werklike uitgawes om die hoogste standaard van uitnemendheid te handhaaf.