

1. PASIËNT

Van			Titel	
Volle name			Noemnaam	
Geboortedatum			Ouderdom	
Minderjarige pasiënt: Name van beide ouers	Moeder:	Vader:		
Adres	Huisadres:	Posadres:		
Kontaknommer			Email:	
Deur wie verwys				
Huidige medikasie				

2. PERSOON VERANTWOORDELIK VIR BETALING VAN REKENING

Van			Titel	
Volle name			Noemnaam	
Geboortedatum			ID Nommer	
Verwantskap met pasiënt				
Mediese Skema		Lidnommer	Plan	
Adres: Indien anders as bo	Huisadres:	Posadres:		
Kontaknommer			Email:	
Beroep			Werkgewer	
			Werk kontaknommer:	
Vriend/ familielid wat gekontak kan word	Rakende rekening	In geval van Nood		
Kontaknommer				

3. INGELIGTE TOESTEMMING

Ek, (volle name) _____, die ondergetekende, gee hiermee die Kliniese Sielkundige toestemming om 'n terapeutiese proses met myself en/of my minderjarige kind:

_____ (Naam van minderjarige kind) te begin en te deurloop.

3.1 Ek verstaan dat ek die reg het om behandeling te staak indien ek voel dat daar nie voldoende vordering is nie.

3.2 Ek verstaan dat die sielkundige behandeling mag staak indien sy voel dat die pasiënt nie sy/haar samewerking gee nie.

3.3 Ek aanvaar dat, sou die uitslag van die terapie nie wees wat ek verwag het nie, ek geen regsaksie teen die sielkundige kan instel wat betref haar professionaliteit en bekwaamheid nie.

3.4 Ek onderneem om die praktyk **24 uur vooraf** in kennis stel indien 'n afspraak nie nagekom kan word nie.

3.5 Ek aanvaar dat die praktyk die reg voorbehou om 'n kansellasiefooi van **R300** direk van my te verhaal - en nie van my Mediese Skema nie - indien ek nie vroegtydig kanselleer nie. Ek besef dat die sessie vir my oopgehou word en dat 'n ander pasiënt daarom nie geakkommodeer kan word nie.

Handtekening

Datum

Getuie

FINANSIËLE BELEID VIR PASIËNT

Die finansiële beleid vir pasiënte is ontwikkel om jou vrae te beantwoord met betrekking tot die pasiënt en die Mediese Skema se verantwoordelikheid vir dienste gelewer. Dit is belangrik dat jy hierdie beleid verstaan en nakom. My praktyk maak staat op betalings van beide Mediese Skemas en pasiënte om onkoste te dek. Vergewis uself deeglik van hierdie beleid en voel vry om vrae te vra oor enige items wat jy nie ten volle verstaan nie.

Ek is toegewyd om die beste moontlike sorg en diens aan jou te lewer, en beskou jou volledige begrip van jou finansiële verantwoordelikhede as 'n essensiële deel van jou sorg en behandeling. Die oorspronklike dokument sal op jou lêer gehou word, en jy kan op aanvraag 'n kopie kry.

1. **BEWYS VAN DEKKING DEUR MEDIESE SKEMA:** Dit is jou verantwoordelikheid om seker te maak dat die praktyk jou korrekte inligting asook 'n opgedateerde kopie van jou Mediese Skema se voordelekaart en kopie van jou identiteitsdokument het.
2. **OPDATERING VAN INLIGTING EN DEKKING:** Dit is jou verantwoordelikheid om die praktyk in te lig en jou besonderhede op te dateer wanneer jou adres, werkgewer, Mediese Skema plan, opsie, voordele, ens. verander. Indien jy nalaat om die korrekte opgedateerde inligting te voorsien, sal jy verantwoordelik wees vir die totale koste van dienste gelewer.
3. **BETALING:** Indien jy verantwoordelikheid neem vir betaling van dienste, kan jy dit tydens jou sessie of deur elektroniese bankoorplasings doen. Betaling sluit enige bybetalings en eise wat nie deur jou Mediese Skema gedek word nie, in. Neem asseblief kennis dat mediese versekering 'n kontrak tussen die pasiënt en die Mediese Skema is. Die pasiënt is uiteindelik vir die volle betaling verantwoordelik. Indien jou Mediese Skema nie die praktyk binne 'n redelike tyd betaal nie, sal jy gefaktureer word. Enige oorbetalings sal aan jou terugbetaal word.
4. **DIENTE WAT NIE GEDEK WORD NIE:** Neem asseblief kennis dat sommige dienste wat jy ontvang moontlik nie deur jou Mediese Skema Plan gedek word nie. Indien jy kies om voort te gaan met die diens, sal volle betaling met dienslewing verwag word.
5. **MAGTIGING:** Alle Mediese Skemas se dekking vir sielkundige dienste verskil. Dit is jou verantwoordelikheid om jou voordele-plan te verstaan, om te weet of 'n skriftelike verwysing of magtiging nodig is, en te weet watter dienste deur jou Mediese Skema gedek word. Magtiging vir dienste is nie 'n waarborg van betaling van voordele nie.
6. **INDIENING VAN EISE:** Die praktyk sal jou eise indien en op enige redelike manier jou help om jou eis betaal te kry. Jou Mediese Skema se administrateur mag moontlik inligting direk van jou vereis. Indien jy nalaat om betyds aan jou Mediese Skema se versoek te voldoen, mag jou eis verwerp word. In so 'n geval, sal jy verantwoordelik wees vir betaling van dienste gelewer. Jou Mediese Skema voordele is 'n kontrak tussen jou en jou Mediese Skema. Probleme wat deur jou Mediese Skema geïdentifiseer word, sal op jou faktuur aan jou gestuur word. Kontak asseblief jou Mediese Skema onmiddellik om hierdie probleem op te los en te voorkom dat jy vir die eise verantwoordelik gehou word.
7. **DIAGNOSTIESE KODE (ICD 10):** Neem asseblief kennis dat 'n diagnostiese kode (ICD 10 kode) deur die Mediese Skema vereis word vir dienste gelewer. Jy verleen hiermee toestemming dat sodanige ICD 10 kode deurgegee kan word aan jou Mediese Skema en hanteer word deur die praktyk se administratiewe beampte.
8. **BETALING DIREK AAN JOU:** Indien jou Mediese Skema eise direk aan jou uitbetaal, moet die bedrag vir dienste gelewer deur hierdie praktyk binne 48 uur vanaf ontvangs van betaling van jou Mediese Skema, oorbetal word aan die praktyk.
9. **BETALINGMETODES:** Ons aanvaar kontant en elektroniese oorbetalings vir dienste gelewer. Betaling en krediete word eerste teenoor die oudste heffings toegepas – buiten vir Mediese Skema betalings - wat teenoor die korresponderende diensdatums toegepas word.
10. **NIE-OPDAAG BELEID:** 'n Kansellasiefooi van R 300 is betaalbaar deur die pasiënt indien 'n afspraak nie 24 ure voor konsultasie gekanselleer word nie. Indien jy meer as 2 besoeke sonder kansellering 24 uur vooraf nakom nie, kan jy uit die praktyk ontslaan word.
11. **GESKEIDE OUIERS VAN PASIËNTE:** Die volwasse ouer wat 'n minderjarige kind by my praktyk inteken, neem verantwoordelikheid vir betaling. Die praktyk is nie verantwoordelik om rekeninge of rekords aan die ander ouer/voog te stuur in verband met betaling- of kommunikasiekwessies nie. Ek sal met die ouer wat aanvanklik aanmeld, kommunikeer rakende behandeling en betaling. Ouers is verantwoordelik om onderling te kommunikeer rakende behandeling- en betalingskwessies.
12. **NIE BETALING:** Indien jou rekening meer as 60 dae uitstaande is, sal jy 'n faktuur ontvang wat aandui dat jy 30 dae het om jou rekening ten volle te vereffen. Gedeeltelike betaling is onaanvaarbaar, tensy jy vooraf onderhandel of reëlins met my tref. Neem asseblief kennis dat 'n rekening met enige uitstaande balans aan 'n invorderaar oorhandig sal word sodra die 90 dae periode verstrek het. Indien dit nodig sou wees om enige gelde van jou in te vorder in terme hiervan, is jy verantwoordelik vir die betaling van alle regskoste in hierdie verband, volgens skaal soos tussen prokureur en kliënt, insluitende opsporingskoste en invorderingskommissie.
13. **ANDER:** Die sielkundige staan onder geen verpligting om geskrewe verslae van enige aard op te stel met betrekking tot dienste gelewer nie. Sou die sielkundige onderneem om 'n geskrewe verslag op te stel, sal die tyd wat daaraan spandeer word per uur verhaal word in ooreenstemming met Mediese Skema Tariewe vir psigoterapie. Sou dit nodig wees vir die sielkundige om psigo-juridiese verslae van watter aard ook al op te stel, of om in die hof te verskyn vir watter rede ook al met betrekking tot enige dienste gelewer, sal die tyd hieraan bestee verhaal word ooreenkomstig bogemelde tariewe. Let asseblief daarop dat Mediese Skemas nie hierdie koste dek nie. Jy aanvaar dus verantwoordelikheid vir die volle betaling by ontvangs van enige verslae.

Ek het myself deeglik vergewis van die praktyk se finansiële beleid. Ek verstaan die inhoud daarvan en stem in dat die terme bindend is. Ek neem kennis dat die terme van tyd tot tyd deur die praktyk gewysig mag word en dat ek die reg het om vooraf ingelig te word van sodanige wysigings.

Geteken te _____ op hierdie _____ dag van _____ 20_____

Handtekening _____ Id nummer _____



INGELIGTE TOESTEMMING OM KONFIDENSIËLE INLIGTING BESKIKBAAR TE STEL

Die Wet op die Beskerming van Persoonlike Inligting, 2013 (POPIA), beskerm en handhaaf die reg op privaatheid deur die beskerming van persoonlike inligting. Om te voldoen aan die vereistes van hierdie wetgewing is dit noodsaaklik vir die praktyk om u ingeligte toestemming te verkry om van u persoonlike inligting rakende psigoterapie/ dienste gelewer aan instansies soos u Mediese Skema/ander gesondheidsberoep en/of persone/instansies wat by u behandeling betrokke is, te deel.

Let daarop dat geen persoonlike inligting sonder u toestemming gedeel mag word nie en geen dokumentasie rakende u persoonlike inligting sal hierdie praktyk verlaat sonder u skriftelike toestemming nie.

Hiermee gee ek, _____ (volle naam en van) met ID nommer _____ ingeligte toestemming aan die Kliniese Sielkundige, Mariet Terblanche, Praktyknommer 9990860010964638 om die volgende vertroulike inligting beskikbaar te stel en wel op die volgende wyses:

	Persoon/Instansie met wie inligting gedeel mag word:	Inligting wat gedeel mag word	Merk met X waar van toepassing
1.	Mediese Skema:	ICD 10 Diagnostiese Kode Motivering vir dienste indien nodig (skriftelik en telefonies)	
2.	Huisdokter: Naam van dokter	Skriftelike verwysing/telefoniese verwysing/diagnose/prognose/behandelingsplan	
3.	Psigiater: Naam van psigiater	Skriftelike verwysing/telefoniese verwysing/diagnose/prognose/behandelingsplan	
4.	Verslae:	Tipe verslag: Aan wie gerig:	
5.	Inligting t.o.v. minderjarige kind	Terugvoer i.v.m.: Terugvoer aan:	
6.	Ander:	Terugvoer i.v.m.:	

Ek verstaan die implikasies vir die bekendmaking van bogemelde inligting en sal nie die sielkundige, Mariet Terblanche op enige manier aanspreeklik hou vir enige skade wat mag ontstaan as gevolg van bekendmaking van bogemelde inligting nie.

Handtekening

Datum

Getuie

