

CONDITIONS OF SERVICE

I, the undersigned, the patient, legal guardian or guarantor of the patient, referred to overleaf, hereby:

1. Undertake as principal debtor, alternatively bind myself jointly and/or severally with the patient, to pay any claim of the Practice arising from medication, medical supplies and/or services rendered or to be rendered to the patient, notwithstanding the existence of medical aid or insurance covering the claim;
2. Acknowledge that all accounts are payable on the rendering thereof;
3. Undertake in the event of an account being unsettled for any reason and being referred to attorney for collection, to be jointly and severally liable for the payment of all costs on an attorney and own client scale;
4. Warrant, if applicable, that
 - 4.1 I am a bona fide member of the stated medical aid scheme;
 - 4.2 The patient is a bona fide member/dependant;
 - 4.3 There are preference funds available for such patient;
 - 4.4 I have not been sequestered and do not suffer from any legal or contractual disability;
 - 4.5 The information recorded overleaf is correct;
5. Authorise the Practice or agent of the Practice to present for payment to the said medical aid scheme any account owed to the Practice. Notwithstanding the aforesaid. It is specifically recorded that it remains my duty to ensure that all accounts are received by the medical aid scheme timeously. The Practice nor its agent shall incur any liability in instances where accounts are not submitted to the medical aid scheme timeously;
6. Choose *domicilium citandi et executandi* at my physical address on the overleaf;
7. Authorise the Practice or its agents, to provide information concerning the patient's treatment and/or medication to the patient's medical aid scheme, managed health care organisation or insurer and their respective agents and employees dealing therewith. Should any of the aforementioned parties also be made available to the patient's employer;
8. Acknowledge that a certificate signed by any doctor or the Practice shall be prima facie proof of the patient's indebtedness to the Practice;
9. Acknowledge that I sign these conditions willingly and without duress and that no warranties or representations have been made by the Practice or any of its employees regarding the content hereof;
10. Acknowledge that these conditions shall apply to all medication, medical supplies and services rendered or to be rendered by the Practice to the patient until cancelled by me in writing under the Practice's signed acceptance.
11. Acknowledge and agree that my medical and clinical information may be used by VERTEX, which is an online clinical based program that will share my medical and clinical information between my Multi-disciplinary treatment team and other institutions appointed by them. This information will only be shared with my Multi-disciplinary treatment team and other institutions appointed by them to ensure optimal medical treatment and account administration. My medical and clinical information will be stored and shared in compliance with the National Health Act and POPI Act. I further acknowledge and agree that the function of VERTEX and how my information is stored and shared has been explained to me.

VOORWAARDES VIR DIENS

Ek, die ondertekende, die pasiënt, wettige voog of waarborggewer van die pasiënt op die keersy hiervan:

1. Onderneem as hoofskuldenaar, alternatiewelik bind ek myself gesamentlik en/of afsonderlik met die pasiënt, vir die betaling van enige eis van die Praktijk wat mag voortvloei uit medikasie, mediese voorrade en/of dienste gelewer of gelewer staan te word aan sodanige pasiënt, niesteenstaande die bestaan van 'n mediese fonds of versekering wat die eis nie mag dek nie;
2. Neem kennis dat alle rekeninge teen die lewering daarvan betaalbaar is;
3. Onderneem, om indien die rekening om enige rede onvereffen is en na prokureurs verwys word vir invordering gesamentlik en afsonderlik aanspreeklik te wees vir die betaling van alle koste op 'n prokureur- en eie-klieëntskaal;
4. Waarborg, indien van toepassing, hiermee dat;
 - 4.1 Ek 'n bona fide lid van die genoemde mediese hulpskema is;
 - 4.2 Die pasiënt, 'n bona fide lid/afhanklike is;
 - 4.3 Daar fondse beskikbaar is vir sodanige pasiënt;
 - 4.4 Ek nie gesekwestreer en nie onderhewig is aan enige wetlike of kontraktuele vermoënsgebrek nie;
 - 4.5 Die inligting, soos uiteengesit op die keersy korrek is;
5. Magtig die Praktijk of agent van die Praktijk om enige rekening verskuldig deur die pasiënt aan die bogenoemde hulpskema voor te lê vir betaling. Desnieteenstaande die voorafgaande word daar spesifiek bepaal dat dit my uitsluitlike plig is om die rekening tydig by die mediese fonds in te dien. Die praktijk of sy agent sal geen aanspreeklikheid aanvaar in gevalle waar rekeninge nie tydig by die mediese fondse ingedien is nie.
6. Kies *domicilium citandi et executandite* my fisiese adres soos op die keersy hiervan aangedui;
7. Magtig die Praktijk, of sy agente, om inligting aangaande die pasiënt se behandeling en/of medikasie aan die pasiënt se mediese hulpskema, bestuurder, gesondheids organisasie of versekeraar te verskaf asook hulle agente en werknemers wat daarmee handel. Indien enige van die voorafgenoemde partye ook die pasiënt se werkgewer is, dan verstaan ek dat die inligting ook beskikbaar gestel mag word aan die pasiënt se werkgewer.
8. Erken dat 'n sertifikaat geteken deur enige dokter van die Praktijk sal prima facie bewys wees van die pasiënt se verpligting teenoor die Praktijk;
9. Erken dat ek hierdie voorwaardes vrywillig en sonder enige dwang onderteken het en bevestig dat daar geen waarborge of voorstellings gemaak is deur die praktijk of enige van sy werknemers aangaande die inhoud hiervan nie;
10. Erken dat hierdie voorwaardes van toepassing sal wees op alle medikasie, mediese voorrade en/of dienste gelewer of wat gelewer staan te word deur die Praktijk aan die pasiënt totdat skriftelik gekanselleer deur my onder die praktijk se getekende ontvangserkenning.
11. Erken en stem toe dat my mediese en kliniese inligting deur VERTEX, 'n aanlyn gebaseerde kliniese program wat my kliniese en mediese inligting deel tussen my Multi-dissiplinêre behandeling span en ander instellings deur hul aangestel. Die inligting sal slegs gedeel word met my Multi-dissiplinêre behandeling span en ander instellings deur hul aangestel ten einde optimale mediese behandeling en rekening administrasie te verseker. My mediese en kliniese inligting sal gestoor en gedeel word in nakoming van die Wet op Beskerming van Persoonlike inligting en Wet op Nasionale Gesondheid. Ek erken dat die werking van VERTEX en hoe my inligting gestoor en versprei word aan my verduidelik is.

SIGNATURE OF PATIENT/HANDTEKENING VAN PASIËNT

PRINT NAME AND SURNAME/NAAM EN VAN IN DRUKSKRIF

DATE AND TIME/DATUM EN TYD

SIGNATURE OF SIGNATORY/HANDTEKENING VAN ONDERTEKENAAR

PRINT NAME AND SURNAME/NAAM EN VAN IN DRUKSKRIF

DATE AND TIME/DATUM EN TYD