



## SAVF GAUTENG

### SAVF SUSAN STRIJDOMHUIS AANSOEK OM OPNAME

FONDSINSAMELINGSNOMMER 02 200032 115 2

Na voltooiing stuur asseblief terug aan:  
afspraak

of kontak Sr. Hannelie De Jager vir evaluasie

POSBUS 11157  
QUEENSWOOD  
0121

TEL: (012) 430 5508  
FAKS: (012) 342 2443  
EPOS: [erasmus@susanstrijdom.co.za](mailto:erasmus@susanstrijdom.co.za)

1. VOLLE NAAM \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. VAN \_\_\_\_\_
3. DATUM VAN GEBOORTE \_\_\_\_\_ TEL NR \_\_\_\_\_
4. WOONADRES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ KODE \_\_\_\_\_
5. POSADRES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ KODE \_\_\_\_\_
6. HUWELIKSTAAT NOOIENS VAN \_\_\_\_\_  
 GETROUD     TWEEDE HUWELIK     WEWENAAR/WEDUWEE     GESKEI  
 ONGETROUD
7. ID NR \_\_\_\_\_
8. PENSIOENNOMMER \_\_\_\_\_  
TIPE PENSIOEN \_\_\_\_\_
9. KERKVERBAND \_\_\_\_\_ PREDIKANT \_\_\_\_\_
10. GEMEENTE \_\_\_\_\_ TEL NR \_\_\_\_\_
11. BEHOORT U AAN 'N SIEKEFONDS? \_\_\_\_\_ NAAM EN NR VAN FONDS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. NAAM EN NR VAN BEGRAFNISFONDS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. VOLTOOI EN TEKEN MEMORANDUM VAN VERBLIF EN DIENSLEWERINGS OOREENKOMS.
14. HANDIG IN SAAM MET GESERTIFISEERDE AFSCRIF VAN GROEN ID BOEK VAN APPLIKANT ASOOK PERSOON VERANTWOORDELIK VIR FINANSIËLE SAKE VAN APPLIKANT.
15. VERSKAF BEWYS VAN BANKBESONDERHEDE VAN REKENINGHOUER VIR DEBIETORDER DOELEINDES
16. ALLE FOOIE VERSKULDIG MOET PER DEBIETORDER VEREFFEN WORD.

## NAAM EN ADRES VAN KINDERS EN/ OF NAASBESTAANDES

INWONER VOLLE VOORLETTERS EN VAN:

---

### KONTAK PERSOON - FINANSIES

1. NAAM \_\_\_\_\_

VERWANTSKAP \_\_\_\_\_

POSADRES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ KODE \_\_\_\_\_

TEL NR(H)(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL NR (W)(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SEL NR \_\_\_\_\_ FAKS NR \_\_\_\_\_

E-POS \_\_\_\_\_

### KONTAK PERSOON - AFGEMEEN

2. NAAM \_\_\_\_\_

VERWANTSKAP \_\_\_\_\_

POSADRES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ KODE \_\_\_\_\_

TEL NR(H)(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL NR (W)(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SEL NR \_\_\_\_\_ FAKS NR \_\_\_\_\_

E-POS \_\_\_\_\_

3. NAAM \_\_\_\_\_

VERWANTSKAP \_\_\_\_\_

POSADRES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ KODE \_\_\_\_\_

TEL NR (H)(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL NR (W)(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SEL NR \_\_\_\_\_ FAKS NR \_\_\_\_\_

E-POS \_\_\_\_\_

# VERKLARING VAN INKOMSTE

## VOLLE VOORLETTERS EN VAN VAN INWONER

A. INKOMSTE			MAANDELIKSE BEDRAG	
			Self	Gade
	<b>1. Tipe pensioen</b>	<b>Verwysingsnommer</b>		
	1.1			
	1.2			
	<b>2. Beleggings</b>			
	<b>Inrigting</b>	<b>Bedrag belê</b>	<b>Rentekoers</b>	
	2.1			
	2.2			
	2.3			
	<b>3. Ander bronne van inkomste (spesifiseer)</b>			
	3.1			
	3.2			
	<b>4. Geen inkomste, dui aan met 'n X</b>			
	<b>TOTAAL</b>			
<b>B</b>	<b>ANDER BATES</b>		<b>Bedrag</b>	
<b>C</b>	<b>VERVREEMDING VAN BATES EN SKENKINGS GEMAAK DIE AFGELOPE 5 JAAR</b>			
		<b>Datum</b>	<b>Bedrag</b>	
	<b>1. Bates verkoop</b>			
	<b>2. Bates geskenk</b>			
	<b>3. Kontant geskenk</b>			

VERKLARING Die applikant verklaar dat die bostaande inligting waar en korrek is en bindend op sy/haar gewete

HANDTEKENING/MERK VAN APPLIKANT.....

HANDTEKENING VAN KOMMISSARIS VAN EDE .....DATUM.....

EVALUERING DEUR DEPARTEMENTELE KEURINGSBEAMPTTE

INKOMSTE.....

INKOMSTE GROEP.....

NAAM: .....

RANG: .....

DATUM: .....



## MEDIESE SERTIFIKAAT

MOET DEUR MEDIESE PRAKTISYN VOLTOOI WORD

VOLLE NAAM VAN APPLIKANT \_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM \_\_\_\_\_ ID NR \_\_\_\_\_

BEVOLKINGSGROEP \_\_\_\_\_ GESLAG \_\_\_\_\_

BEHANDELENDE GENEESHEER \_\_\_\_\_

TEL NR \_\_\_\_\_

BY WATTER HOSPITAAL IS BOGENOEMDE \_\_\_\_\_

**1. ALGEMEEN**

A. Lengte \_\_\_\_\_

B. Massa \_\_\_\_\_

**2. SPYSVERTERINGSTELSEL**

Klagtes – slegte spysvertering/ mantelvliesbreuk

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. GESIGSVERMOË**

Klagte - verlies \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. GEHOOR**

Klagte - verlies \_\_\_\_\_

**5. SPRAAK**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. BLOEDSOMLOOPSTELSEL**

A. Bloeddruk \_\_\_\_\_

B. Pols \_\_\_\_\_

C. Perifer \_\_\_\_\_

D. Sirkulasie \_\_\_\_\_

E. Hart - bloedbatestelsel \_\_\_\_\_

**7. ASEMHALINGSTELSEL**

A. Spoed \_\_\_\_\_ B. Lugweë \_\_\_\_\_

**8. Skelet - spierstelsel**

A. Gang \_\_\_\_\_

B. Artritis \_\_\_\_\_

C. Spastisiteit \_\_\_\_\_

D. Gebrekkigheid/Klagtes \_\_\_\_\_

E Bedgebonde, Rolstoel, Staptoestel \_\_\_\_\_

**9. GESLAGSORGANE/URINÊRE STELSEL**

A. Roetine  
urientoets \_\_\_\_\_

B. Inkontinensie en klagtes  
\_\_\_\_\_

**C. SLEGS VROULIKE APPLIKANTE:**

Uitwendige en inwendige geslagsorgane  
\_\_\_\_\_

Vorige ginekologiese/obstetriese geskiedenis  
\_\_\_\_\_

**D. SLEGS MANLIKE APPLIKANTE:**

Uitwendige en inwendige geslagsorgane  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prostaat \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. SENUWEESTELSEL**

A. Tremor \_\_\_\_\_

B. Duisligheid \_\_\_\_\_

C. Hoofpyn \_\_\_\_\_

D. Epilepsie \_\_\_\_\_

E. Perifer Neuropatie \_\_\_\_\_

F. Klagtes \_\_\_\_\_

**11. KLIERE**

A. Borste \_\_\_\_\_

B. Skildklier \_\_\_\_\_

C. Pankreas/Diabetes \_\_\_\_\_

D. Klagtes \_\_\_\_\_

**12. VORIGE OPERASIES**

TIPE	SPESIALIS	JAAR
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**13 VORIGE BESTRALING**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14 GEESTETOESTEND** (Waaksaamheid/Oriëntasie/Geheue/Emosionele toestand)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15 VORIGE BESOEKE AAN PSIGIATER/SIELKUNDIGE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**16 SLAAPPATROON** (Gaan vroeg slaap/ Moeilikheid met slaap/Word vroeg wakker)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**17 GEWOONTES**

- A. Rook \_\_\_\_\_
- B. Alkohol \_\_\_\_\_
- C. Lakseermiddels/Dwelmiddels/Medikasie \_\_\_\_\_

**18 VEL**

Letsles/ Uitslag/ Littekens/Jeukerigheid

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**19 VOETE**

Eelte/Liddorings/Edeem/Naels \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**20 ANDER**

A Allergieë/Allergies

\_\_\_\_\_

B Hulpmiddels – Bril/Gehoortoestel/Prostese/bv. Knie vervanging

\_\_\_\_\_

**21 HUIDIGE DIAGNOSE**

---

---

SAL HUIDIGE TOESTAND VERBETER? \_\_\_\_\_

**22 PRESENT MEDICATION**

**Genetiese naam**

**Handelsnaam**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Herhalendheid**

**Dosering**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**DOKTER HANDTEKENING**

**ONDERNEMING VAN FAMILIE INSAKE VERVOER EN VERGESEL VAN INWONDERS NA HOSPITAAL EN KLINIEK**

Hiermee onderneem

En/ons \_\_\_\_\_

(verwantskap) \_\_\_\_\_

(inwoner) \_\_\_\_\_

Dat ek/ons \_\_\_\_\_ (verwantskap)  
na die hospital/kliniek sal vergesel.

Ek/ons onderneem ook dat ek/ons enige vervoerkoste sal vereffen soos bepaal deur Tehuis as

\_\_\_\_\_ vervoer word met die Tehuis se  
voertuie.

Indien dit nodig sou wees dat my/ons \_\_\_\_\_  
met 'n ambulans vervoer moet word, verstaan ek/ons dat ek/ons verantwoordelik is vir die ambulanskostes.

Die personeel sal my/ons kontak as \_\_\_\_\_ vervoer moet

word met 'n ambulans, maar ek/ons gee toestemming dat \_\_\_\_\_ in  
'n noodgeval met 'n ambulans vervoer word indien ek/ons nie gekontak kan word nie.

Ingeval van dood kan ek by die volgende nommer(s) gekontak word

Nommer: \_\_\_\_\_

Telefoon nommer:

(H)(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (W)(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Selfoon nommer: \_\_\_\_\_

Naam \_\_\_\_\_

Handetekening \_\_\_\_\_

Geteken te \_\_\_\_\_ op hierdie dag van \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_