



SAVF GAUTENG

SAVF SUSAN STRIJDOMHUIS AANSOEK OM OPNAME

FONDSINSAMELINGSNOMMER 02 200032 115 2

Na voltooiing stuur asseblief terug aan:

of kontak Sr Betty Foote
vir evaluasie afspraak

POSBUS 11157
QUEENSWOOD
0121

TEL: (012) 430 5508
FAKS: (012) 342 2443
EPOS: susanstrijdom.manager@savf.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. VERLEEN U TOESTEMMING OM INLIGTING EN FOTO'S OP SOSIALE MEDIA TE PLAAS? _____
14. VOLTOOI EN TEKEN MEMORANDUM VAN VERBLYF EN DIENSLEWERINGS OOREENKOMS.
15. HANDIG IN SAAM MET GESERTIFISEERDE AFSKRIF VAN ID VAN APPLIKANT ASOOK PERSOON VERANTWOORDELIK VIR FINANSIËLE SAKE VAN APPLIKANT.
16. VERSKAF BEWYS VAN BANKBESONDERHEDE VAN REKENINGHOUER VIR DEBIETORDER DOELEINDES
17. ALLE FOOIE VERSKULDIG MOET PER DEBIETORDER VEREFFEN WORD.

Datum: _____

NAAM EN ADRES VAN KINDERS EN/ OF NAASBESTAANDES

INWONER VOLLE VOORLETTERS EN VAN:

KONTAK PERSOON - FINANSIES

1. NAAM _____

VERWANTSKAP _____

WOONADRES _____

_____ KODE _____

TEL NR(H)(_____) _____ TEL NR (W)(_____) _____

SEL NR _____ FAKS NR _____

E-POS _____

KONTAK PERSOON - AFGEMEEN

2 NAAM _____

VERWANTSKAP _____

WOONADRES _____

_____ KODE _____

TEL NR(H)(_____) _____ TEL NR (W)(_____) _____

SEL NR _____ FAKS NR _____

E-POS _____

3. NAAM _____

VERWANTSKAP _____

WOONADRES _____

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

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 EDEDATUM.....

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 inwoners na hospital en kliniek

Inwoner: _____

Hiermee onderneem

Ek/Ons _____

Verwantskap: _____

Die volgende aangaande _____ (die inwoner):

- Dat ek / ons hom / haar na die hospital / kliniek sal vergesel;
- Enige vervoerkoste sal vereffen soos bepaal deur SAVF wanneer hy/sy met die Tehuis se voertuie vervoer sou word;
- Indien dit nodig sou wees dat die inwoner met 'n ambulans vervoer moet word, verstaan ek/ons dat ek/ons verantwoordelik is vir die ambulanskostes.;
- Die inwoner met 'n ambulans vervoer mag word in 'n noodgeval indien ek nie gekontak kon word deur die personeel nie.

Ingeval van dood, kan ek / ons by die volgende nommer(s) gekontak word:

Naam: _____

(H): _____

(W): _____

(Selfoon): _____

Naam: _____

(H): _____

(W): _____

(Selfoon): _____

Naam: _____

Handtekening: _____

Geteken te _____ op hierdie dag van _____ 20_____