

Toestemming tot Narkose

1. Ek het die “narkose inligtingstuk” ontvang en die geleentheid gehad om dit te lees. Ek het die geleentheid gekry om vrae oor my narkose te vra. Ek verstaan die narkose-opsies wat aan my gebied is en ek het my keuse gemaak.
2. Ek verstaan dat niemand ‘n insident—vrye narkose kan waarborg nie.
3. Ek verstaan dat daar toerusting en teaterpersoneel deur die hospitaal verskaf word, wat nie deur die narkotiseur gewaarborg kan word nie.
4. Ek onderneem om vir 24 uur na die herstel van narkose/sedasie, nie alkohol te drink, ‘n motor te bestuur, enige gevaarlike toerusting te gebruik, belangrike besluite te neem of kontrakte te onder teken nie. Ek onderneem om Sosiale Media verantwoordelik te gebruik, asook om n verantwoordelike versorger van minderjarige kinders te wees.
5. Ek magtig die oordeelkundige verskaffing van enige kliniese inligting, insluitende my MLV-status, aan enige lid of van die mediese en paramediese beroep wat verantwoordelik is vir my veiligheid en behandeling.
6. Ek gee toestemming dat my persoonlike data versamel en gedeel kan word deur toepaslike organisasies, soos deur die wet vereis, asook mag anonieme data van n kliniese aard, asook praktykbestuur van aard, versamel mag word ten einde pasiëntsorg te verbeter.
7. Ek gee toestemming dat my persoonlike inligting versamel en gedeel mag vir administratiewe doeleindes met die institusie asook die professionele praktyke betrokke. Hierdie toestemming geld ook vir verantwoordelike derde partye wat optree as diensverskaffers vir die institusie of mediese praktyk/e betrokke.
8. In die geval van n eis, formele klagte of grief, onderneem ek om, voor enige regsaksie geneem word, so spoedig moontlik myself beskikbaar te stel vir n gratis en vertroulike pre-mediase onderhoud met n geakkrediteerde mediator wat deur SASA (South African Society of Anaesthesiologists) aangewys sal word.

Betaling:

1. Ek bevestig dat ek 18 jaar oud of ouer is, die wettige voog van die pasiënt, die pasiënt of die borg.
2. Ek verstaan dat die narkose-rekening onafhanklik is van die hospitaal en chirurg se rekeninge.
3. Ek verstaan dat die rekening my verantwoordelikheid is (alhoewel ek nie die hooflid van my mediese fonds/-skema is nie) en as sodanig is ek aanspreeklik vir die volle betaling van die rekening (insluitende die mediese fonds/-skema gedeelte).
4. Ek verstaan dat mediese versekeringsplanne verskillende voordele bied vir narkotiese dienste, wat wissel van volle dekking tot slegs 33% van die totale koste, afhangende van die mediese skema en keuse van die betrokke versekeringsplan.
5. Ek verstaan dat die narkosefooi gebaseer is op die koste van die lewering van ‘n diens en aan ander professionele dienste gemeet word. Ek erken dat die narkotiseur ‘n koers sal bereken en enige skatting berus op die gemiddelde chirurgiese tyd, gemiddelde kompleksiteit en sluit enige wysigings of proseduregeld uit.
6. Ek verstaan dat enige bybetaling (bo en behalwe dit wat deur my mediese fonds/-skema gedek word) sal afhang van my mediese fonds/-skema en my plan uit daardie fonds/skema.
7. Ek stem toe dat rente ooreenkomstig die Nasionale Kredietwet onder toevallige skuld tot 2 % per maand gehef word op rekeninge wat nie vereffen is nie. Ek verstaan dat die betalings op uitstaande rekeninge soos volg toegeken word: rente, koste en kapitaal.
8. Ek verstaan dat, indien ‘n prokureur aangestel word om die agterstallige bedrag te verhaal, ek aanspreeklik sal wees vir die koste daarvan op die Prokureur—en Kliënteskaal. Dit sluit ook die invorderingskoste, opsporingskoste en indien van toepassing BTW in.
9. Ek stem toe dat my rekening-inligting met ander kredietverleners en met die kredietburo gedeel mag word.
10. Ek bevestig dat die genomineerde posadres korrek is vir die doel om die rekening te ontvang. Ek onderneem om u onverwyld in kennis te stel van enige adresverandering.
11. Ek verstaan die inhoud hiervan en aanvaar dit as sulks.
12. Ek bevestig dat ek nie hierdie toestemming onder dwang of onder die invloed van enige middel, insluitende ‘n narkose premedikasie, onderteken nie.

Pasiënt plakker

Naam:

ID nr:

E-pos adres:

Mediese fonds:

Memb nr:

Handtekening

(Pasiënt/Voog/Borg): _____

Plek: _____

Datum: _____