

**A. APPLICATION PROCESS / AANSOEKPROSES**

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Complete one application form per patient.</li> <li>2. The completed and signed application form can be e-mailed to <a href="mailto:medicine@bestmed.co.za">medicine@bestmed.co.za</a>, faxed to 012 472 6760 or posted to PO Box 2297, Pretoria, 0001.</li> <li>3. Incomplete application forms will NOT be processed.</li> <li>4. Registration of the medicine will only be given from the date on which Bestmed receives the fully completed application. No authorisations will be backdated.</li> <li>5. If the medicine and/or dosage has changed, it is not necessary to complete an application form. Bestmed will only require a copy of the new prescription with the relevant ICD-10 code(s). In the event that medicine used for psychiatric conditions has changed, or where the prescribing doctor has changed, then a newly completed application form is required.</li> <li>6. Certain conditions, e.g. osteoporosis, may require additional information in order to extend the authorisation period.</li> <li>7. Bestmed will cover the cost, at Scheme tariff, of the first application form completed. Thereafter, the cost of completing any additional forms will be paid from the available acute benefits/savings account, also at Scheme Tariff.</li> <li><b>8. Note that Bestmed will require specific documentation related to the conditions in the table below. Please ensure that these criteria are followed in order to facilitate your request.</b></li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Voltooi een aansoekvorm per pasiënt.</li> <li>2. Die voltooide en getekende aansoekvorm kan per e-pos gestuur word aan <a href="mailto:medicine@bestmed.co.za">medicine@bestmed.co.za</a>, gefaks word na 012 472 6760 of gepos word aan Posbus 2297, Pretoria, 0001.</li> <li>3. Onvolledige aansoekvorms sal NIE geprosesseer word nie.</li> <li>4. Registrasie van die medisyne sal slegs gedoen word vanaf die datum waarop Bestmed die volledige aansoek ontvang. Geen magtigings sal terugwerkend aanvaar word nie.</li> <li>5. Indien die medisyne en/of dosering verander, is dit nie nodig om weer 'n aansoekvorm te voltooi nie. Bestmed benodig slegs 'n afskrif van die nuutste voorskrif met die relevante ICD-10 kode(s). Indien medisyne gebruik word vir 'n psigiatriese toestand en die medisyne en/of voorskrywende dokter verander, benodig Bestmed 'n nuut voltooide aansoekvorm.</li> <li>6. Vir sekere kondisies, bv. osteoporose, mag addisionele inligting vereis word om die magtigingsperiode te verleng.</li> <li>7. Bestmed sal die koste dra, teen Skema tarief, vir die voltooiing van die eerste aansoekvorm. Daarna sal die koste vir die voltooiing van enige addisionele vorms van die beskikbare akute voordele/spaarrekening verhaal word, ook teen Skema tarief.</li> <li><b>8. Let daarop dat Bestmed spesifieke dokumentasie verwant aan die voorwaardes in die tabel hieronder benodig. Maak asseblief seker dat hierdie kriteria gevolg word teneinde die verwerking van die aansoek te bespoedig.</b></li> </ol> |
|--|--|

If you have any enquiries, please contact Bestmed on 086 000 2378 (Monday to Friday - 08:00 to 17:00) or alternatively refer to the benefit brochure for more comprehensive details. The information is also available on our website at [www.bestmed.co.za](http://www.bestmed.co.za).

Indien u enige navrae het, kontak Bestmed by 086 000 2378 (Maandag tot Vrydag - 08:00 tot 17:00). U kan ook na die voordeelbrosjyre verwys of op ons webwerf besoek by [www.bestmed.co.za](http://www.bestmed.co.za) vir meer omvattende inligting.

DISCLAIMER: Should a dispute arise with regard to any benefit, the registered Rules of Bestmed as approved by the Registrar of Medical Schemes shall prevail. A copy of the Scheme Rules may be requested at any time.

VRYWARING: Indien 'n dispuut sou ontstaan sal die geregistreerde Reëls van Bestmed, soos goedgekeur deur die Registrateur van Mediese Skemas, van krag wees. 'n Afskrif van die Reëls mag ter enige tyd aangevra word.

| CONDITION / SIEKTE TOESTAND   | SPECIFIC REQUIREMENT / SPESIFIEKE VEREISTE   |
|---|--|
| Acne/Aknee  | Prescription required from a dermatologist / Vereis 'n voorskrif deur 'n dermatoloog   |
| Addison's disease/Addison se siekte   | Prescription required from endocrinologist or physician / Vereis 'n voorskrif deur 'n endokrinoloog of spesialis geneesheer                      |
| Ankylosing spondylitis/ dermatomyositis and systemic lupus erythematosus (SLE) / Ankiloserende spondilitis/dermatomiositis en sistemiese lupus eritematose (SLE)      | Prescription required from a rheumatologist or physician / Vereis 'n voorskrif deur 'n rumatoloog of spesialis geneesheer                        |
| Anaemia / Anemie  | Laboratory report must be submitted with application / Laboratoriumverslag moet aansoek vergesel   |
| Attention deficit disorder (ADD) attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) / Aandaggebreksindroom (AGS), aandagafleibaarheid- en hiperaktiwiteitsindroom (AAHS) | Prescription required from a psychiatrist, paediatrician or neurologist / Vereis 'n voorskrif deur 'n psigiater, pediater of neuroloog           |
| Alzheimer's disease / Alzheimer se siekte   | Mini-mental state examination (MMSE) required together with a prescription / Mini-geestestoestandondersoek (MMSE) word saam met voorskrif vereis |
| Blepharospasm / Blearospasma  | Prescription required from a neurologist together with a motivation / Vereis 'n voorskrif deur 'n neuroloog asook 'n motivering                  |

|   |  |
|---|--|
| Bronchiectasis, cystic fibrosis and pulmonary interstitial fibrosis / Brongiëktase, sistiese fibrose en pulmonale interstisiële fibrose | Prescription required from a pulmonologist or physician, or a paediatrician (in the case of a child) / Vereis 'n voorskrif deur 'n pulmonoloog, internis of pediater (in die geval van 'n kind)  |
| Collagen disease/scleroderma and Paget's disease / Kollageensiekte en Paget se siekte   | Prescription required from a physician / Vereis 'n voorskrif deur 'n internis  |
| Crohn's disease and ulcerative colitis / Crohn se siekte en ulseratiewe kolitis   | Prescription required from a gastroenterologist or physician / Vereis 'n voorskrif deur 'n gastroënteroloog of 'n internis   |
| Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) / Chroniese obstruktiwepulmonêre siekte (COPS)   | Lung function test (LFT) report is required which includes the FEV1/FVC and FEV1 post bronchodilator use.<br>A prescription is required when applying for oxygen including:<br>a. Oxygen saturation levels before oxygen therapy<br>b. Number of hours of oxygen use per day<br>Longfunksietoets (LFT) verslag word benodig wat die FEV1/FVC en FEV1 brongodilator gebruik insluit.<br>'n Voorskrif word vereis wanneer aansoek gedoen word vir suurstofterapie insluitende:<br>a. Suurstofversadigingsvlakke voor suurstofterapie<br>b. Aantal ure suurstof per dag gebruik |
| Chronic renal failure / Chroniese nierversaking   | Application form must be completed by a nephrologist or physician. Attach supporting laboratory reports / Vereis 'n voorskrif deur 'n nefroloog of 'n internis. Heg die ondersteunende laboratoriumresultate aan die versoek   |
| Diabetes mellitus (Type 1 & 2) / Diabetes mellitus (Tipe 1 & 2)   | Diabetes questionnaire to be completed and submitted together with the HbA1c blood test results and/or fasting blood glucose results, pre-treatment value and current values / Die diabetesvraelys moet voltooi word en saam met die HbA1c bloedtoetsresultate en/of bloedglukoseresultate - voor behandeling asook die huidige waardeskaal ingedien word  |
| Diabetes insipidus  | Application form must be completed by an endocrinologist or physician / Aansoekvorm moet voltooi word deur 'n endokrinoloog of internis  |
| Epilepsy / Epilepsie  | EEG report must be submitted with the application or a prescription from the neurologist is required / EEG-verslag moet saam met die aansoek ingedien word of 'n voorskrif deur 'n neuroloog word vereis   |
| Eczema and psoriasis / Ekseem en psoriase   | Prescription required from a dermatologist / Vereis 'n voorskrif deur 'n dermatoloog   |
| Gastro-oesophageal reflux disease (GORD) / Gastro-esofageale reflukssiekte (GERS)   | Gastroscopy report must be submitted with the application / Verslag van gastroskopie moet saam met aansoek ingedien word   |
| Haemophilia / Hemofilie   | Prescription required from physician. Attach a laboratory report reflecting factor VIII or IX levels / Vereis 'n voorskrif van 'n spesialis geneesheer. Heg 'n verslag aan die aansoek met die laboratorium resultate wat VIII- en IX-vlakke aandui  |
| Hyperlipidaemia / Hiperlipidemie  | Hyperlipidaemia questionnaire to be completed. Lipogram results (initial and most recent) to be submitted with the application / Hiperlipidemievraelys moet voltooi word. Resultate van lipogram (aanvanklike en meer onlangse) moet saam met aansoek ingedien word  |
| Multiple sclerosis / Veelvuldige sklerose   | Prescription required from a neurologist.<br>Attach a report from a neurologist for applications for beta interferon indicating:<br>a. Relapsing - remitting history<br>b. Extended disability status score (EDSS)<br>Vereis voorskrif deur 'n neuroloog. Heg 'n verslag aan deur neuroloog wat beta interferon aandui:<br>a. Herhalende - kwytskelding van die geskiedenis<br>b. Uitgebreide ongeskiktheidskaal (EDSS)  |
| Osteoporosis / Osteoporose  | Osteoporosis questionnaire to be completed. Bone Mineral Density (BMD) test results to be submitted (most recent) for all applications. Also attach information on additional risk factors in patients, where applicable<br>Osteoporose vraelys moet voltooi word. Mees onlangse Been Minerale Digtheidsverslag (BMD) moet saam met alle aansoeke ingedien word. Heg ook inligting rakende addisionele risikofaktore aan, indien van toepassing.   |
| Polyarthritis nodosa/psoriatic arthritis and Sjögren's syndrome / Poliarteritis nodosa/psoriatische artritis en Sjögren se sindroom     | Application form must be completed by a rheumatologist or physician / Aansoekvorm moet deur 'n rumatoloog of spesialis geneesheer voltooi word   |
| Psychiatric conditions / Psigiatrisie toestande   | Prescription is required from a psychiatrist. A general practitioner may prescribe the following active ingredients: fluoxetine, citalopram, escitalopram and tricyclic anti-depressants / Vereis 'n voorskrif van 'n psigiater. Die volgende middels mag deur 'n geregistreerde praktisyn voorgeskryf word: fluoxetine, citalopram, escitalopram en trisikliese antidepressante   |
| Rheumatoid arthritis / Rumatoïede artritis  | Rheumatoid arthritis questionnaire to be completed initially by a rheumatologist / 'n Rumatoïede artritis-vraelys moet aanvanklik voltooi word deur 'n rumatoloog  |

Sections 1 to 3 must be completed by the member.  
Sections 4 to 6 must be completed by a medical practitioner.

Afdeling 1 tot 3 moet deur die lid voltooi word.  
Afdeling 4 tot 6 moet deur 'n mediese praktisyn voltooi word.

**1. PARTICULARS OF PRINCIPAL MEMBER / HOOFID SE BESONDERHEDE**

Surname  
Van

First name  
Voornaam

Membership number  
Lidmaatskapnommer

Date of birth  
Geboortedatum 

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Tel (H)

Cell  
Sel  Tel (W)

E-mail  
E-pos

**2. PARTICULARS OF THE PATIENT / INLIGTING VAN DIE PASIËNT**

Surname  
Van

First name  
Voornaam

Date of birth  
Geboortedatum 

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Dependant code  
Afhanklikekode

Does the patient smoke?  
Rook die pasiënt? 

|          |          |
|----------|----------|
| Yes / Ja | No / Nee |
|----------|----------|

 Height  
Lengte  cm

Did the patient smoke in the past?  
Het die pasiënt in die verlede gerook? 

|          |          |
|----------|----------|
| Yes / Ja | No / Nee |
|----------|----------|

 Weight  
Gewig  kg

Hysterectomy  
Histerektomie 

|          |          |
|----------|----------|
| Yes / Ja | No / Nee |
|----------|----------|

 Gender  
Geslag 

|   |   |
|---|---|
| M | F |
|---|---|

**3. PATIENT'S CONSENT / TOESTEMMING DEUR PASIËNT**

I hereby give permission to the doctor or any other service provider to state the diagnosis and mention any other information relating to my condition(s) on the form. I understand that this information will remain confidential at all times.

Ek verleen hiermee toestemming aan my mediese praktisyn en enige ander diensverskaffer om die diagnose en enige ander inligting wat betrekking op my siektetoestand/e het, op die vorm aan te bring of op aanvraag te verskaf. Ek verstaan dat die inligting ten alle tye vertroulik hanteer sal word.

Signature of applicant/Handtekening van aansoeker \_\_\_\_\_

Date  
Datum 

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

#### 4. CLINICAL QUESTIONNAIRE / KLINIESE VRAELYS

- a) Please complete all the appropriate sections in the following clinical questionnaire/s.  
 b) Please attach all the requested pathology and medical reports.

**PLEASE NOTE:**

- Chronic benefits are granted according to the Bestmed formulary per condition per benefit option.
- The formularies are available on the Bestmed website at [www.bestmed.co.za](http://www.bestmed.co.za)
- If non-formulary medicine does qualify for benefits, it will be subject to an additional co-payment.

- a) Voltooi slegs die toepaslike gedeeltes van die kliniese vraelys/te.  
 b) Heg afskrifte van vereiste patologiese toetse en ander mediese verslae aan hierdie vorm.

**LET WEL:**

- Chroniese voordele word toegestaan volgens Bestmed se formularium per kondisie per opsie.
- Die formulariums is op Bestmed se webwerf beskikbaar by [www.bestmed.co.za](http://www.bestmed.co.za)
- Nie-formularium medisyne sal onderhewig wees aan 'n bykomende bybetaling indien dit wel kwalifiseer vir voordele.

#### A. HYPERTENSION, HYPERLIPIDAEMIA AND DIABETES MELLITUS / A. HIPERTENSIE, HIPERLIPIDEMIE EN DIABETES MELLITUS

Does the patient suffer from any of the following medical conditions? Mark with an X where applicable.  
 Ly die pasiënt aan enige van die volgende mediese toestande? Merk met 'n X soos van toepassing.

| SICKNESS CONDITION<br>SIEKTETOESTAND  |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Diabetes mellitus Type 1<br>Diabetes mellitus Tipe 1                          |  | Diabetes mellitus Type 2<br>Diabetes mellitus Tipe 2   |  |
| Micro-albuminuria or GFR < 60 ml/min<br>Mikro-albumienurie of GFS < 60 ml/min |  | Stroke/TIA<br>Beroerte/TIA   |  |
| Left ventricular hypertrophy<br>Linker ventrikulêre hipertrofie               |  | Heart failure<br>Hartversaking   |  |
| Hypertensive retinopathy<br>Hipertensiewe retinopatie                         |  | Family history of heart attacks<br>Familie geskiedenis van hartaanvalle  |  |
| Chronic renal disease<br>Chroniese nierversaking                              |  | Coronary artery disease (e.g. angina, myocardial infarction, prior artery bypass graft, angioplasty**)<br>Koronêre bloedvatsiekte (bv. angina, miokardiale infarkisie, vorige hartomleiding, angioplastie**) |  |

**\*\*Attach all relevant medical reports.**

**\*\*Heg alle relevante mediese verslae aan.**

| HYPERTENSION QUESTIONNAIRE<br>HIPERTENSIE VRAELYS |                            |               |
|---|----------------------------|---------------|
| BLOOD PRESSURE READING<br>BLOEDDRUKLESINGS        | READING<br>BLOEDDRUKLESING | DATE<br>DATUM |
| At diagnosis<br>By diagnose                       |                            |               |
| Current<br>Huidiglik                              |                            |               |

**Copies of pathology reports are COMPULSORY for the application to be processed and in the event of changes to current therapy or dosages.**  
**Afskrifte van basislyn- en mees onlangse patologie toetse is VERPLIGTEND vir die verwerking van die aansoek, ook in geval van verandering in terapie en dosering.**

| HYPERLIPIDAEMIA QUESTIONNAIRE<br>HIPERLIPIDEMIE VRAELYS   |          |          |   |
|---|----------|----------|---|
| Does the patient suffer from any of the following conditions?<br>Ly die pasiënt aan enige van die volgende toestande? | Yes / Ja | No / Nee | Details<br>Besonderhede   |
| History of ischaemic heart disease?<br>Gesiedenis van isgemiese hartsiekte?   | Yes / Ja | No / Nee |   |
| History of peripheral artery disease?<br>Gesiedenis van perifere bloedvatsiekte?                                      | Yes / Ja | No / Nee |   |
| History of TIA and/or stroke?<br>Gesiedenis van TIA en/of beroerte?   | Yes / Ja | No / Nee |   |
| End stage renal failure?<br>Eindstadium nierversaking?  | Yes / Ja | No / Nee | Serum-creatinine level or GFR<br>Serum-kreatinien waarde of GFS |

**Attach copies of initial and most recent lipogram.**

**Heg afskrifte aan van beide die aanvanklike en mees onlangse lipogram.**

| DIABETES MELLITUS QUESTIONNAIRE<br>DIABETES MELLITUS VRAELYS                                    |                  |                  |
|---|------------------|------------------|
| Is the patient newly diagnosed with diabetes?<br>Is die pasiënt 'n nuut gediagnoseerde diabeet? | Yes / Ja         | No / Nee         |
| Type of diabetes?<br>Tipe diabeet?  | Type 1<br>Tipe 1 | Type 2<br>Tipe 2 |
| Baseline pathology values<br>Basislyn patologie waardes   |                  |                  |

Copies of pathology reports are **COMPULSORY** for the application to be processed and in the event of changes to current therapy or dosages.  
Afskrifte van basislyn- en mees onlangse patologie toetse is **VERPLIGTEND** vir die verwerking van die aansoek, ook in geval van verandering in terapie en dosering.

## B. OSTEOPOROSIS QUESTIONNAIRE / OSTEOPOROSE VRAELYS

Copies of earliest and latest DEXA densitometry must be attached.  
Heg asseblief volledige voorbehandelings- en mees onlangse resultate van die beendigheidstoetse, gedoen met 'n DEXA beendigheidsmeter aan.

|  |  |          |  |
|--|--|----------|--|
| Age when menopause was diagnosed<br>Ouderdom van aanvang van menopause   |  |          |  |
| Is the patient currently on hormone replacement therapy?<br>Gebruik die pasiënt enige hormoonvervangingsterapie?   | Yes / Ja                                   | No / Nee |  |
| Details of previous bone fractures<br>Besonderhede van vorige frakture (beenbreuke) opgedoen   |  |          |  |
| Details of long term cortisone therapy, if any<br>Besonderhede van enige langtermyn kortisoongebruik   |  |          |  |
| What is the patient's BMI?<br>Wat is die pasiënt se BMI?   |  |          |  |
| Any alcohol intake? If yes, how many units per week?<br>Alkoholinnam per week  | < 4 units per week<br>< 4 eenhede per week |          | ≥ 4 units per week<br>≥ 4 eenhede per week |
| Any medical condition(s) resulting in prolonged immobility?<br>Ly die pasiënt aan enige toestand wat verlengde periodes van immobiliteit tot gevolg het? |  |          |  |

## C. CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) / CHRONIESE OBSTRUKTIEWE PULMONÊRE SIEKTE (COPS)

**NB: Results of lung function test must be attached. If the application is for home oxygen, then the blood gas report is required.**  
**NB: Mees onlangse longfunksietoetse moet aangeheg word. As daar aansoek gedoen word vir suurstof tuis, benodig ons die bloedgasanalise.**

## D. RHEUMATOID ARTHRITIS / RUMATOIDE ARTRITIS

(A rheumatologist must complete this section / Hierdie afdeling moet deur 'n rumatoloog voltooi word)  
Previous DMARD therapy / Vorige siekte-modifiserende terapie

| Name of medicine<br>Naam van medisyne | Dosage<br>Dosering | Duration of therapy<br>Tydsduur van terapie | Reason why stopped (if applicable)<br>Rede waarom gestaak (indien van toepassing) |
|---------------------------------------|--------------------|---|---|
|                                       |                    |   |   |
|                                       |                    |   |   |
|                                       |                    |   |   |
|                                       |                    |   |   |

Please mark appropriate block  
Merk toepaslike blokkie

Date of diagnosis  
Datum van diagnose

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| DIAGNOSIS<br>DIAGNOSE                             |   |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| Rheumatoid arthritis<br>Rumatoïde artritis        | Ankylosing spondylitis<br>Ankiloserende spondilitis | Psoriatic arthritis<br>Psoriatiese artritis      | Juvenile idiopathic arthritis<br>Kinder-idiopatiese artritis |  |  |  |  |
| Symptoms<br>Simptome                              |   |  |  |  |  |  |  |
| Symmetry<br>Simmetrie                             | >3 joint groups<br>>3 gewrigsgroepe                 | Stiffness > 1 hour<br>Styfheid > 1 uur           | Hand joints affected<br>Handgewrigte aangetas                |  |  |  |  |
| SDAI count<br>SDAI telling                        | CRP units<br>CRP eenhede                            | Number swollen joints<br>Getal geswelde gewrigte | Number tender joints<br>Getal gevoelige gewrigte             |  |  |  |  |
| Functional impairment<br>Funksionele inkorting    |   |  |  |  |  |  |  |
| Class 1: No restriction<br>Klas 1: Geen inkorting | Class 2: Discomfort<br>Klas 2: Ongemak              | Class 3: Self care<br>Klas 3: Selfversorging     | Class 4: Dependent<br>Klas 4: Afhanklik                      |  |  |  |  |



## IMPORTANT/BELANGRIK

Without the correct ICD-10 code(s), the application cannot be processed. If this is a first-time application and the patient was registered for chronic medication at the previous medical scheme, please submit a copy of the previous chronic authorisation letter.  
Sonder die korrekte ICD-10 kode(s), sal die aansoek nie verwerk kan word nie. Indien dit u eerste aansoek is en die pasiënt geregistreer was vir chroniese medikasie by 'n vorige mediese skema, stuur asseblief 'n afskrif van die vorige magtigingsbrief.

## 5. MEDICINE BENEFITS APPLIED FOR / MEDISYNE WAARVOOR AANSOEK GEDOEN WORD

(Please list all the medicine that is used for a specific condition. This new authorisation will supersede all previous authorisations for the same condition.)  
(Al die medisyne wat tans vir die toestand gebruik word, moet ingevul word. Alle vorige magtigings vir medisyne vir dieselfde toestand word deur hierdie aansoek vervang.)

Patient name and surname  
Pasiënt naam en van \_\_\_\_\_ Membership number  
Lidmaatskapnommer \_\_\_\_\_ Dependant code  
Afhanklikekode \_\_\_\_\_

| ICD-10 CODE<br>ICD-10 KODE | NAME & STRENGTH OF MEDICINE PRESCRIBED AND SELECTED FROM<br>THE APPROPRIATE BESTMED FORMULARY<br>NAAM EN STERKTE VAN MEDISYNE VOORGESKRYF EN GEKIES UIT<br>TOEPASLIKE BESTMED FORMULARIUM | DOSAGE<br>DOSERING | QUANTITY PER MONTH<br>HOEVEELHEID PER MAAND | HOW LONG HAS PATIENT BEEN<br>ON MEDICINE?<br>HOE LANK GEBRUIK DIE PASIËNT<br>AL DIE MEDISYNE? | HOW MANY REPEATS?<br>AANTAL HERHALINGS? |
|----------------------------|---|--------------------|---|---|---|
|                            |   |                    |   |   |   |
|                            |   |                    |   |   |   |
|                            |   |                    |   |   |   |
|                            |   |                    |   |   |   |
|                            |   |                    |   |   |   |
|                            |   |                    |   |   |   |

List medicine to be stopped or discontinued  
Lys medisyne wat gestaak kan word \_\_\_\_\_

## 6. DECLARATION OF ATTENDING DOCTOR / VERKLARING VAN BEHANDELENDE GENEESHEER

I declare that to the best of my knowledge, all the above information is true and accurate, based on the examinations and tests performed on this patient.  
Ek verklaar dat bogenoemde inligting na die beste van my wete, waar en akkuraat is na aanleiding van die ondersoek en toetse op hierdie pasiënt uitgevoer.

Surname  
Van \_\_\_\_\_ Initials  
Voorletters \_\_\_\_\_

Discipline  
Dissipline \_\_\_\_\_

Practice number  
Praktyknommer \_\_\_\_\_ Tel (w) \_\_\_\_\_

Cell  
Sel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Faks \_\_\_\_\_

E-mail  
E-pos \_\_\_\_\_

Doctor's signature/Handtekening van geneesheer \_\_\_\_\_

Date  
Datum \_\_\_\_\_  
D M Y Y M D Y Y