



Tuiste vir Bejaardes
Retirement Village

Webbweg 1244 Webb Road
Queenswood Pretoria
0186

Tel. 012 333 4445

Web
www.huisherfsblaar.co.za

Welsyn / Social nr
001-676NPO

Epos / Email
ds2@huisherfsblaar.co.za

BTW / VAT nr
4960184465

AANSOEK OM OKKUPASIEREG TEN OPSIGTE VAN 'N SORGEENHEID

- Voltooi in drukletters en merk met "x" waar van toepassing
- Vir egpare moet aansoekvorms per persoon voltooi word
- Die Geneeskundige Verslag moet deur u geneesheer voltooi word
- Voltooi en laat sertifiseer die Inkomsteverklaring
- Voltooide aansoekvorms tesame met die aanhangsels moet vergesel word van 'n afskrif van u identiteitsdokument en mediesefonds kaart
- Voor opname kan ons versoek dat u deur die Bestuurder en Verpleegdiensbestuurder ge-evalueer word

A TIPE WOONEENHEID VERLANG :

| | | | | | | |
|-----------------|-------------------|--|--------------------|--|--------------|--|
| BLOK – A | ENKELKAMER | | | | | |
| BLOK – D | ENKELKAMER | | | | | |
| BLOK – E | ENKELKAMER | | DUBBELKAMER | | SUITE | |

B PERSOONLIKE INLIGTING :

Van : _____

Voorname _____

Noemnaam _____ Geboortedatum _____

Identiteitsnr. _____ Geslag Manlik / Vroulik

Huwelikstatus Getroud / Nooit getroud / Wewenaar / Weduwee / Geskei

Huistaal _____

Kerkverband _____ Gemeente _____

Leraar _____

Woonadres : _____

Posadres : _____

Telefoon nr. _____ Selfoon nr. _____

Epos adres _____

Hoeveel kinders het u ? Aantal seuns _____ Aantal dogters _____

Naam van u mediese fonds _____ Lidnommer _____

Naam van u begrafnisondernemer _____ Polisnommer _____

Het u 'n Testament ? Ja / Nee

Naam & adres van u eksekuteur _____

C BESONDERHEDE VAN U KINDERS / NAASBESTAANDES

Van & Voorletters

Kontak nommer

D OPNAMEBESONDERHEDE

Wanneer verlang u opname in die aftree-oord

Dadelik / Later

Meld kortliks die rede vir u aansoek om inwoning

D VERKLARING

Hiermee verklaar ek, die ondergetekende, dat die gegewens in hierdie aansoek verstrekk na die beste van my wete waar en juis is. Ek onderneem om, sou ek as inwoner opgeneem word, my by die Huis-houdelike Reëls asook enige wysigings daarvan neer te lê. Voorts vrywaar ek hiermee Huis Herfsblaar, sy bestuur en werknemers teen enige eise van welke aard oorkal wat mag voortspruit uit my dood, besering en/of enige skade deur my gely wat verband hou met my inwoning in Huis Herfsblaar, ongeag wat die oorsaak is van sodanige dood, verder ongeag of sodanige dood, besering of skade veroorsaak is deur die nalatigheid van die bestuur en/of werknemers van Huis Herfsblaar.

Handtekening van aplikant

Datum

Vir kantoorgebruik :

Aansoek ontvang en goedgekeur deur _____

Datum van registrasie _____

Registrasie nommer _____

HUIS HERFSBLAAR

GENEESKUNDIGE VERSLAG TEN OPSIGTE VAN VOORNEMENDE INWONERS

(om deur geneesheer voltooi te word)

Van : _____

Volle name : _____

Geboortedatum : _____

Ouderdom : _____

ALGEMEEN :

In sake: Carbapenemase sifting:

P C R Toets uitslae:

Sluit asseblief verslag van Laboratorium in:

Enige ander aansteeklike siektes : JA / NEE

Indien Ja, spesifiseer asseblief 1) _____

2) _____

3) _____

Algemene Voedingstoestand: _____

Operasie of prosedure ondergaan in die laaste 5 jaar:

1. _____ Datum: _____

2. _____ Datum: _____

3. _____ Datum: _____

Ander vorige 1. _____ Datum: _____
operasies

2. _____ Datum: _____

3. _____ Datum: _____

NB : Is die pasiënt allergies vir enige medikasie of ander middels waarvan u bewus is ? JA / NEE

Indien ja, spesifiseer asseblief 1) _____

2) _____

3) _____

KARDIOVASKULÊRE STELSEL

Bloeddruk : _____

Pols : _____

- Hipertensie
- Hartversaking
- Isgemiese insidente
- Gebruik die pasiënt enige anti-stol middels?

| Ja | Nee |
|----|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |

Verdere inligting wat u wil verskaf ? _____

SENTRALE SENUWEESTELSEL

- Alzheimer
- Ander vorms van demensie
- Parkinsonisme
- Epilepsie
- Depressie
- Aggressie
- Beroerte
- Wegloop episodes
- Neigings om te val

| Ja | Nee |
|----|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Enige ander inligting wat u graag wil verskaf ? _____

SINTUIE

| | | | |
|---------------|------|------|----------------|
| Gehoor : | Goed | Sleg | Gehoorapparaat |
| Gesigvermoë : | Goed | Sleg | Bril |

MUSKULO – SKELETAAL

- Osteoporose
- Osteo-artritis
- Diskusletsel
- Diskusdegenerasie
- Neurologiese uitvalle

| Ja | Nee |
|----|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Enige ander inligting wat u graag wil verskaf ? _____

RESPIRATORIESE STELSEL

Asma
Emfiseem
Kroniese brongitis
Rook

| Ja | Nee |
|----|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |

Enige ander inligting wat u graag wil verskaf ? _____

GASTRO – INTESTINALE STELSEL

Diabetes mellitus
Lewertoestand
Peptiese ulkus
Kroniese hardlywigheid
Kroniese diarree
Spesiale dieet
Divertikulitis

| Ja | Nee |
|----|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Spesifiseer asseblief spesiale dieet : _____

Enige ander inligting wat u graag wil verskaf ? _____

URETRO – GENITALE STELSEL

Inkontinent
Inblywende kateter
Histerektomie
Prostaat probleme

| Ja | Nee |
|----|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |

Orientoets asseblief : _____

Enige ander inligting wat u graag wil verskaf ? _____

GRAAD VAN INVALIDITEIT

Bedlêend
Rolstoel
Krukke
Loop met hulp
Loop alleen

| Ja | Nee |
|----|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Het die pasiënt voortdurende en langdurige hulp nodig met betrekking tot mobiliteit, kleding, voeding, persoonlike higiëne, medikasiebeheer ?

U skatting van graad van invaliditeit : 0 – 100% ? _____

Noem asseblief al die medikasie wat u pasiënt tans gebruik soos voorgeskryf deur u en/of spesialiste. Sluit asseblief alle spesialisverslae in : Voorsien inligting van die jongste voorskrif.

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ |
| 9. _____ | 10. _____ |

Is daar volgens u inligting of waarneming enige ander mediese/psigiatrisse toestande wat nie voorheen omskryf is nie ?

Hoe lank is die pasiënt bekend aan u? _____ Jaar

Baie dankie vir u tyd. Ons waardeer dit.

Naam van geneesheer : _____

Handtekening : _____ Telefoon nr : _____

Praktyk nr : _____ Datum : _____

INKOMSTEVERKLARING

| Inkomste | Maandelikse bedrag | |
|--------------------------------|--------------------|------|
| | Man | Vrou |
| Tipe pensioen : | | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| Beleggings – maandelikse rente | | |
| Ander maandelikse inkomste : | | |
| | | |
| | | |
| | | |

VERKLARING :

Hiermee verklaar ek dat bogemelde inligting waar en korrek is.

Handtekening van applikant

Handtekening van Kommissaris van Ede

Datum

**AANVAARDING VAN AANSPREEKLIKHEID
AS BORG EN MEDE-HOOFSKULDENAAR**

Ek, die ondergetekende ,

(volle name & van)

(identiteitsnommer)

Fisiese adres :

Posadres :

Telefoon nommer :

(h) _____

(w) _____

(s) _____

Epos :

aanvaar hiermee aanspreeklikheid as borg en mede-hoofskuldenaar ten opsigte van inwoner

Prof/Dr/Ds/Mnr/Mev/Mej _____

Adres : Huis Herfsblaar, Webbweg 1244 Queenswood 0186

Verwantskap met inwoner _____

se finansiële verpligting teenoor Huis Herfsblaar. Ek onderneem om op aanvraag :

1. Die inwoner se maandelikse rekening teenoor Huis Herfsblaar te betaal, alternatiewelik
2. te reël vir alternatiewe versorging van die inwoner buite Huis Herfsblaar.

Daarbenewens stem ek nou reeds toe dat die Raad van Trustees ingevolge sy Reëls en Regulasies 'n maksimum bedrag van 100% van die inwoner se okkupasiereggelde aanwend om enige agterstallige finansiële verpligting teenoor Huis Herfsblaar te vereffen.

ALDUS GEDOEN en geteken te _____ op hierdie _____

dag van _____

As Getuies :

1. _____

2. _____

Borg en Mede-hoofskuldenaar
(behoorlik daartoe gemagtig)