



CARE CENTER FOR THE ELDERLY

Roelof
0846089772
Julietha
0786034868

Aansoek om verblyf / Application for residency

Volle Name / Full Names: _____

Van / Surname: _____ Ouderdom / Age: _____

Geslag / Gender: _____ Geboorte datum / Date of Birth: _____

SA ID: _____

Kerkverband / Church Denomination: _____

Huidige lewensreëling / Current living arrangement: _____

Fisiese Mediese kondisie / Physical Medical condition: _____

Sielkundige en gedragstoestand / Psychological & Behavioural Condition: _____

Opsomming van verpleegbehoefte / Summary of Nursing Needs: _____

Ly die aansoeker aan enige aansteeklike siekte? / Is the applicant suffering from any infectious disease?

☐ YES

☐ NO

Indien Ja, spesifiseer asseblief? / If Yes, please specify? _____

Ander belangrike mediese geskiedenis / sekondêre diagnose / Other Significant Medical History /

Secondary Diagnosis:

- Diabetes Mellitus · Hypertension / Hipertensie · High Blood Pressure / Hoë bloeddruk
- HIV · CVA/Stroke / Beroerte · IHD · MRSA colonised/infective / gekoloniseer / besmet
- Tuberculosis / Tuberkulose · Dementia / Demensie

nder, spesifiseer asseblief / Others, please specify:

Allergie / Allergies:

Mediese Fonds of Skema / Medical Aid or Scheme:

Huidige medikasie / Current Medication:

Spesiale Dieet Vereistes / Special Dietary Requirements

Roker / Smoker:

How many per day?

Stokperdjies / Hobbies:

Naasbestaandes / Next of Kin:

1. Naam en Van / Name and Surname:

Kontak Nommer / Contact Number:

2. Naam en Van / Name and Surname:

Kontak Nommer / Contact Number:

3. Naam en Van / Name and Surname:

Kontak Nommer / Contact Number:

Persoon verantwoordelik vir rekening / Person Responsible for account:

Volle Naam en Van / Full Name and Surname:

Kontak Nommers / Contact Numbers:

Fisiese Adres / Physical Adres:

Posadres (indien anders) / Postal address (if different):

Comments or special requests / Opmerkings of spesiale versoeke:

Datum / Date:

Geteken / Signed: