**Aanmeldingsformulier voor consultatie of behandeling**Om je consultatie of behandeling te geven hebben we informatie van je nodig. Vul onderstaande velden in. Daarna kan je het ingevulde formulier opsturen naar intransit@dehoop.org

|  |  |
| --- | --- |
| Datum van aanmelding: | Klik of tik om een datum in te voeren. |

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Geslacht: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Geboortedatum: | Klik of tik om een datum in te voeren. |
| Telefoonnummer: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| BSN: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Adres: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Postcode: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Plaats: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| E-mail: | Klik of tik om tekst in te voeren. |

**Betrokken organisaties**

|  |  |
| --- | --- |
| Verwijzer (indien van toepassing) | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Uitzendende organisatie (indien van toepassing):  | Klik of tik om tekst in te voeren. |

**Verblijf**

|  |  |
| --- | --- |
| Verblijft u nu in het buitenland of Nederland: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Als u nu in Nederland verblijft, hoelang is deze periode voordat u weer naar het buitenland vertrekt: | Klik of tik om tekst in te voeren. |

**Aanmelding voor (Vink aan welke van toepassing is):**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Consultatie (1 tot maximaal 5 gesprekken) |
| [ ]  | Behandeling (5 tot maximaal 15 gesprekken) |

**Beschrijving hulpvraag:**

Klik of tik om tekst in te voeren.

**Bijzonderheden:**

Klik of tik om tekst in te voeren.

**Verzekering**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam verzekering:  | **Klik of tik om tekst in te voeren.** |
| Uw verzekeringsnummer:  | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Vergoeding door verzekering? | [ ]  Ja [ ]  Nee |
| Vergoeding verzekering: | € Klik of tik om tekst in te voeren. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Heeft u een expatpolis?**  | [ ]  Ja, via Jabes[ ]  Ja, via EZA[ ]  Ja, anders. Namelijk: Klik of tik om tekst in te voeren. |
| [ ]  Nee  | *Indien u geen expatpolis heeft, betaalt u zelf de rekening of betaalt uw organisatie?*[ ]  Zelf[ ]  Organisatie |

|  |
| --- |
|  **Machtiging**  Ik geef hierbij toestemming aan de professionals van De Hoop ggz om onderling overleg te hebben over mijn hulpvraag en de consultatie/behandeling.  Handtekening:  Plaats: Datum:  |