

Μαρία Μαγγανάρη

Προσωποκεντρική Ψυχοθεραπεία και Συμβουλευτική

Στοιχεία και ιστορικό θεραπευόμενου

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ

ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΟΔΟΣ: _____ ΑΡ. _____ Τ.Κ. _____

ΠΟΛΗ: _____

ΤΗΛ.ΣΤΑΘΕΡΟ: _____ ΤΗΛ.ΚΙΝΗΤΟ: _____

E-mail: _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ Ή ΆΛΛΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ: _____

ΤΗΛ _____

ΤΗΛ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ: _____

Φαρμακευτική αγωγή: _____

Χρόνιες ασθένειες: _____

Προηγούμενη εμπειρία συμβουλευτικής: _____

Χρήση ουσιών: _____

Νομικές

κυρώσεις: _____

Παρατηρήσεις: _____

Ημερ/νία:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: