

**Μαρία Μαγγανάρη**  
**Προσωποκεντρική Ψυχοθεραπεία και Συμβουλευτική**  
**Στοιχεία και ιστορικό θεραπευόμενου**

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

Ημερ/νία γέννησης: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση κατοικίας: \_\_\_\_\_

Οδός: \_\_\_\_\_ Αρ. \_\_\_\_\_

T.K. \_\_\_\_\_

Πόλη: \_\_\_\_\_ Χώρα: \_\_\_\_\_

Τηλ. σταθερό: \_\_\_\_\_ Τηλ. κινητό: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο επικοινωνίας συγγενούς ή άλλου τρίτου σε περίπτωση ανάγκης:

\_\_\_\_\_

Τηλ: \_\_\_\_\_

Οικογενειακή κατάσταση: \_\_\_\_\_

Παιδιά: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο και τηλ. οικογενειακού γιατρού ή ψυχιάτρου: \_\_\_\_\_

Φαρμακευτική αγωγή: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Χρόνιες ασθένειες: \_\_\_\_\_

Προηγούμενη εμπειρία συμβουλευτικής: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Θεραπευτικό αίτημα (περιγράψτε εν συντομία τους λόγους που σας οδήγησαν σε θεραπεία, όπως και τον στόχο σας):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Χρήση ουσιών: \_\_\_\_\_

Νομικές κυρώσεις: \_\_\_\_\_

Παρατηρήσεις: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ημερ/νία:

Υπογραφή: