



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ - ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Πρόγραμμα Συνεργασίας Οδοντιατρικών Υπηρεσιών και Παγκύπριου Οδοντιατρικού Συλλόγου στο πλαίσιο της κοινωνικής τους προσφοράς

Αγαπητοί γονείς/κηδεμόνες,

Οι Οδοντιατρικές Υπηρεσίες στο πλαίσιο της συνεχούς προσπάθειάς τους για καταπολέμηση της τερηδόνας εφαρμόζουν τα τελευταία χρόνια το πρόγραμμα συνεργασίας με τον Παγκύπριο Οδοντιατρικό Σύλλογο.

Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό **παιδιά της Α' και Ε' τάξης των δημοτικών σχολείων** εξετάζονται από κυβερνητικό οδοντίατρο στον χώρο του σχολείου. Στη συνέχεια δίνεται στα παιδιά ενημερωτικό φυλλάδιο σχετικά με την κατάσταση του στόματός τους. Με το φυλλάδιο αυτό μπορείτε να πάρετε το παιδί σας σε **οποιοδήποτε συμβεβλημένο ιδιώτη οδοντίατρο της δικής σας επιλογής** για να κάνει την αναγκαία θεραπεία, **χωρίς εσείς να πληρώσετε οτιδήποτε στον ιδιώτη οδοντίατρο, αφού αυτός θα πληρωθεί από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες. Ο κατάλογος με τους συμβεβλημένους ιδιώτες οδοντιάτρους βρίσκεται αναρτημένος στην ιστοσελίδα των Οδοντιατρικών Υπηρεσιών.** Το πρόγραμμα αποζημιώνει εμφράξεις, εξαγωγές, ενδοδοντικές θεραπείες και οπισθοφατνιακές ακτινογραφίες. Σε περίπτωση οποιασδήποτε διαφωνίας μεταξύ της κλινικής διάγνωσης του κυβερνητικού οδοντιάτρου με αυτή του ιδιώτη οδοντιάτρου, τότε **ο ιδιώτης οδοντίατρος** θα έρχεται σε επικοινωνία με τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες για κατάρτισμό του τελικού σχεδίου θεραπείας. Εάν ο ιδιώτης οδοντίατρος προβεί σε οποιαδήποτε άλλη θεραπεία εκτός από αυτής που είναι καταγεγραμμένη ή έχει συμφωνηθεί με τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες τότε τα έξοδα της θεραπείας θα καταβάλλονται από τους γονείς/κηδεμόνες.

Σημειώνεται ότι για τεχνικούς λόγους το πρόγραμμα αυτό θα ισχύει μέχρι τις **30 Σεπτεμβρίου 2026**. Για την ημερομηνία εξέτασης θα ενημερωθείτε από τη Διεύθυνση του σχολείου. Το έντυπο θα πρέπει να υπογραφεί και από τους δύο γονείς/κηδεμόνες.

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό 2016/679 περί προσωπικών δεδομένων στα αρχεία μας θα φυλάγονται τα ευρήματα που θα προκύψουν από την κλινική οδοντιατρική εξέταση του παιδιού σας. Τα δεδομένα αυτά, τα οποία τηρούνται σε έγγραφη ή και ηλεκτρονική μορφή, είναι εμπιστευτικά. Δεν θα αποκαλύπτονται σε τρίτα πρόσωπα εκτός όπου είναι αναγκαίο για την προσφορά της ορθής οδοντιατρικής θεραπείας ή αν είμαστε υποχρεωμένοι διά νόμου ή εάν μας έχετε εξουσιοδοτήσει να το κάνουμε. Σας πληροφορούμε ότι έχετε δικαίωμα στην πρόσβαση στα δεδομένα των παιδιών σας για τα οποία μπορείτε να ζητήσετε να γίνει διόρθωση ή και διαγραφή.

Παράλληλα και για σκοπούς ενημέρωσής σας παρακαλούμε όπως αν συναινείτε αναγράψετε τον αριθμό του κινητού σας τηλεφώνου στο έντυπο συγκατάθεσης. Ο αριθμός θα χρησιμοποιηθεί για να σας σταλεί μήνυμα ότι έχει πραγματοποιηθεί η εξέταση του παιδιού σας, καθώς επίσης και υπενθύμιση σε μεταγενέστερο στάδιο για να κάνετε χρήση του προγράμματος. Το αρχείο με τον αριθμό του κινητού σας θα διαγράφεται με τη λήξη του προγράμματος ήτοι στις 30 Σεπτεμβρίου 2026. Έλαβα γνώση και συναινώ.

✂.....

Όνομα μαθητή/μαθήτριας:.....

Σχολείο:.....

Τάξη:.....

Αποδέχομαι όπως το παιδί μου εξεταστεί και εάν χρειαστεί επανεξεταστεί από κυβερνητικό οδοντίατρο ☐

Δεν αποδέχομαι όπως το παιδί μου εξεταστεί από κυβερνητικό οδοντίατρο..... ☐

Υπογραφή πατέρα:..... Ημερ.:.....Τηλέφωνο:.....

Υπογραφή μητέρας:..... Ημερ.:.....Τηλέφωνο:.....

Υπογραφή κηδεμόνα:..... Ημερ.:.....Τηλέφωνο:.....