

# Υπουργείο Υγείας

## Οδοντιατρικές Υπηρεσίες

1<sup>η</sup> Μαρτίου 2018

Αγαπητοί γονείς,

Οι Οδοντιατρικές Υπηρεσίες στα πλαίσια της συνεχούς προσπάθειάς τους για καταπολέμηση της τερηδόνας εφαρμόζουν τα τελευταία χρόνια το πρόγραμμα συνεργασίας με τους ιδιώτες οδοντιάτρους.

Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό **παιδιά της Ε' τάξης των δημοτικών σχολείων** εξετάζονται από κυβερνητικό οδοντίατρο στο χώρο του σχολείου. Η εξέταση γίνεται με κάτοπτρο μιας χρήσης και εξεταστικά γάντια. Εν συνεχεία τους δίνεται ενημερωτικό φυλλάδιο αναφορικά 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** ο οποίος και **θα θεραπεύσει τα δόντια που σημείωσε ο κυβερνητικός οδοντίατρος στο έντυπο, χωρίς εσείς να πληρώσετε τίποτε στον ιδιώτη οδοντίατρο** αφού αυτός θα πληρωθεί από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες με βάσει **προσυμφωνημένες τιμές στα πλαίσια της κοινωνικής προσφοράς των ιδιωτών οδοντιάτρων**. Σε περίπτωση οιασδήποτε 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 αυτή που είναι καταγεγραμμένης ή έχει συμφωνηθεί με τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες τότε τα έξοδα της θεραπείας θα καταβάλλονται από τους γονείς.

Πρέπει να σημειωθεί ότι για λόγους τεχνικούς το πρόγραμμα αυτό θα ισχύει μέχρι τις 30 Σεπτεμβρίου 2018. Μετά την ημερομηνία αυτή δε θα ισχύει το πρόγραμμα και παρακαλείσθε να μην κάνετε χρήση του.

Παρακαλείσθε όπως συνεργαστείτε μαζί μας και εκμεταλλευτείτε το πρόγραμμα υπογράφοντας το έντυπο ότι δίνετε τη συγκατάθεσή σας για εξέταση του παιδιού σας από κυβερνητικό οδοντίατρο.

Χριστάκης Τσέλεπος

Αν. Διευθυντής Οδοντιατρικών Υπηρεσιών

Εγώ ο /η.....κηδεμόνας του/της μαθητή/τριας

.....του δημοτικού σχολείου .....

**Δέχομαι** όπως το παιδί μου εξεταστεί από κυβερνητικό οδοντίατρο..... ☐

**Δεν δέχομαι** όπως το παιδί μου εξεταστεί από κυβερνητικό οδοντίατρο..... ☐

Υπογραφή Γονέα/κηδεμόνα

Ημερομηνία

.....

.....