

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 Εης και κατ εξαίρεση για τη σχολική χρονιά 2021-22 και τα παιδιά της Στ 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 δίνετε 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 καταγεγραμμένη 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 2022**. 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 και αν χρειαστεί για επανεξέταση για έλεγχο της θεραπείας.

**Η εξέταση του παιδιού σας θα γίνει .....**

*Περαιτέρω σας πληροφορούμε ότι 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. Δε 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.  
Έλαβα γνώση και συναινώ.*

Δρ. Χριστάκης Τσέλεπος  
Διευθυντής Οδοντιατρικών Υπηρεσιών



Όνομα μαθητή /τριας:.....

Σχολείο:.....

Τάξη:.....

Ο/Η .....γονέας/κηδεμόνας του πιο πάνω μαθητή/τριας :

**Δέχομαι** όπως το παιδί μου εξεταστεί και εάν χρειαστεί επανεξεταστεί από κυβερνητικό οδοντίατρο

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

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα:..... Ημερ.:.....