



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ - ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Πρόγραμμα συνεργασίας Οδοντιατρικών Υπηρεσιών και Παγκύπριου Οδοντιατρικού Συλλόγου

Αγαπητοί γονείς/κηδεμόνες,

Οι Οδοντιατρικές Υπηρεσίες στο πλαίσιο 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 των τάξεων Α΄ και Ε΄ των δημοτικών σχολείων** εξετάζονται από κυβερνητικό οδοντίατρο στον χώρο του σχολείου. Η εξέταση γίνεται με κάτοπτρο μιας χρήσης και εξεταστικά γάντια. 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**, ο οποίος και θα θεραπεύσει τα δόντια που σημείωσε ο κυβερνητικός οδοντίατρος στο έντυπο, χωρίς εσείς να πληρώσετε οτιδήποτε στον ιδιώτη οδοντίατρο, αφού αυτός θα πληρωθεί από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες με βάση **προσυμφωνημένες τιμές στο πλαίσιο της κοινωνικής προσφοράς των ιδιωτών οδοντιάτρων**. Το πρόγραμμα αποζημιώνει εμφράξεις, εξαγωγές, ενδοδοντικές θεραπείες και οπισθοφαρνιακές 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 αυτή που είναι καταγεγραμμένη ή έχει συμφωνηθεί με τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες, τότε τα έξοδα της θεραπείας θα καταβάλλονται από τους γονείς/κηδεμόνες.

Σημειώνεται ότι για λόγους τεχνικούς το πρόγραμμα αυτό θα ισχύει μέχρι τις **30 Σεπτεμβρίου 2025**.
Η εξέταση του παιδιού σας θα γίνει

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 του παιδιού 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 την ημέρα της εξέτασης του παιδιού σας μήνυμα ότι αυτή έχει πραγματοποιηθεί, 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 στις 30 Σεπτεμβρίου 2025.

Έλαβα γνώση και συναινώ.

✂.....

Όνομα μαθητή/μαθήτριας:.....

Σχολείο:.....

Τάξη:.....

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

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

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

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

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