



**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

**Πρόγραμμα Κινητών Οδοντιατρικών Μονάδων**

Αγαπητοί γονείς/κηδεμόνες,

Οι Οδοντιατρικές Υπηρεσίες στο πλαίσιο της συνεχούς προσπάθειας για προαγωγή της στοματικής υγείας και την αναχαίτιση των δύο κυριότερων στοματικών παθήσεων, δηλαδή της τερηδόνας και της ουλίτιδας, εφαρμόζουν πρόγραμμα παροχής **δωρεάν προληπτικής (φθορίωση, προληπτικές εμφράξεις) και θεραπευτικής αγωγής** στους/στις μαθητές/μαθήτριες των τάξεων **Δ΄ και Στ΄** σε **επιλεγμένα σχολεία**, μέσω των κινητών οδοντιατρικών μονάδων χωρίς εσείς να καταβάλετε οποιαδήποτε τέλη. Το σχολείο σας έχει επιλεγεί ανάμεσα στα σχολεία που θα επισκεφθεί η κινητή οδοντιατρική μονάδα για τη σχολική χρονιά 2024-2025.

**Παρακαλώ βάλτε ✓ στο τετραγωνάκι για τις εργασίες που αναγράφονται στην πίσω σελίδα και για τις οποίες συμφωνείτε όπως γίνουν στο παιδί σας.**

Θα θέλαμε να σας διευκρινίσουμε τα πιο κάτω αναφορικά με τις προσφερόμενες εργασίες:

**Μόνο κλινική οδοντιατρική εξέταση** : αν βάλετε ✓ μόνο σε αυτό το τετραγωνάκι τότε θα γίνει μόνο στοματολογική εξέταση στο παιδί σας και θα σας σταλεί ενημερωτικό έντυπο αναφορικά με την κατάσταση της στοματικής υγείας του παιδιού σας χωρίς να γίνει οποιαδήποτε προληπτική ή θεραπευτική εργασία.

**Φθορίωση**: περιλαμβάνει την τοποθέτηση ενός τζελ πάνω στα δόντια με ευχάριστη γεύση που έχει ως στόχο την ενδυνάμωση των δοντιών και την προστασία από την τερηδόνα. Θα πρέπει να γίνεται κάθε 6 μήνες ξεκινώντας από την ηλικία των 4 ετών.

**Προληπτικές εμφράξεις**: αφορούν την τοποθέτηση εμφρακτικού υλικού στα πίσω υγιή δόντια και συγκεκριμένα στους πρώτους και δεύτερους γομφίους. Τα συγκεκριμένα δόντια έχουν βαθιές αύλακες και η τοποθέτηση του υλικού αυτού έχει ως στόχο αυτές να γεμίζουν για να μην παραμένουν τροφές και να γίνεται πιο εύκολη η στοματική υγιεινή. Έτσι τα δόντια προστατεύονται και δεν χαλούν γι' αυτό και ονομάζονται προληπτικές εμφράξεις.

**Σημαντική διευκρίνιση:**

*Διευκρινίζεται ότι σύμφωνα με το υφιστάμενο Σχέδιο Υγείας (ΓεΣΥ), παιδιά ηλικίας 6 – 12 ετών δικαιούνται έναν δωρεάν καθαρισμό τον χρόνο και μία δωρεάν φθορίωση. Ως εκ τούτου, εάν υπογράψετε όπως γίνει φθορίωση και καθαρισμός στο παιδί σας στην κινητή οδοντιατρική μονάδα, οι Οδοντιατρικές Υπηρεσίες θα προχωρήσουν να διεκδικήσουν την ανάλογη αποζημίωση από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας και το παιδί σας θα δικαιούται μετά από έναν χρόνο εκ νέου δωρεάν καθαρισμό και φθορίωση. Εάν το παιδί σας έχει κάνει καθαρισμό ή και φθορίωση σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών αλλά μικρότερο του 1 έτους, οι εργασίες αυτές μπορούν και πάλι να γίνουν στην κινητή οδοντιατρική μονάδα δωρεάν.*

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΗΣ ΟΔ/ΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ**

Όνομα μαθητή/μαθήτριας:.....Ημερ. γέννησης:.....  
 Σχολείο:..... Τάξη:..... Αρ. ταυτότητας:.....

Παρακαλώ όπως γίνουν στο παιδί μου τα πιο κάτω

- Μόνο κλινική οδοντιατρική εξέταση:
  - Κλινική οδοντιατρική εξέταση και οποιαδήποτε άλλη θεραπεία χρειαστεί μετά την εξέταση:
- (παρακαλώ διευκρινίστε τι εργασίες θέλετε να γίνουν στο παιδί σας, αν και εφόσον χρειάζονται βάζοντας ✓ στο/στα ανάλογα τετραγωνάκια)**
- Φθορίωση:.....
- Καθαρισμός:.....
- Προληπτικές εμφράξεις:.....
- Εμφράξεις (σφραγίσματα):.....
- Εξαγωγές νεογιλών δοντιών.....
- Δεν θέλω να γίνει ούτε εξέταση ούτε οποιαδήποτε εργασία στο παιδί μου: .....

Παρακαλώ αναφέρατε εάν το παιδί σας παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα υγείας ή λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή ή έχει αλλεργία σε κάποιο φάρμακο:

-----  
 -----

*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. Δεν θα αποκαλύπτονται σε τρίτα πρόσωπα εκτός όπου είναι αναγκαίο για την προσφορά της ορθής οδοντιατρικής θεραπείας ή εάν 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 υπενθύμιση αναφορικά με τη δυνατότητα δωρεάν ετήσιου καθαρισμού και φθορίωσης μέσω του ΓεΣΥ. Το αρχείο με τον αριθμό του κινητού σας θα διαγράφεται με τη λήξη του προγράμματος ήτοι στις 30 Ιουνίου 2026. Ελαβα γνώση και συναινώ.*

Υπογραφή πατέρα:..... Ημερ.:..... Τηλ.....

Υπογραφή μητέρας:..... Ημερ.:..... Τηλ.....

Υπογραφή κηδεμόνα:..... Ημερ.:..... Τηλ.....