



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ - ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Πρόγραμμα Συνεργασίας Οδοντιατρικών Υπηρεσιών και Παγκύπριου Οδοντιατρικού Συλλόγου στα πλαίσια της κοινωνικής τους προσφοράς

Αγαπητοί γονείς,

Οι Οδοντιατρικές Υπηρεσίες στα πλαίσια 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 στο χώρο του σχολείου. Εν συνεχεία 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 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 καταρτισμό 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.

Πρέπει να σημειωθεί ότι για λόγους τεχνικούς το πρόγραμμα αυτό θα ισχύει μέχρι τις **30 Σεπτεμβρίου 2027**. Για την ημερομηνία εξέτασης θα ενημερωθείτε από τη Διεύθυνση του σχολείου. Το έντυπο θα πρέπει να υπογραφεί και από τους δύο γονείς

Προστασία προσωπικών δεδομένων:

Τα προσωπικά δεδομένα του παιδιού σας θα τύχουν επεξεργασίας αποκλειστικά για σκοπούς πρόληψης και δημόσιας υγείας και σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 (GDPR)

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 2027.
Έλαβα γνώση και συναινώ.

✂.....

Όνομα μαθητή /τριας:.....

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:.....