

Αγαπητοί γονείς/κηδεμόνες,

5η Σεπτεμβρίου 2022

Οι Οδοντιατρικές Υπηρεσίες στο πλαίσιο της συνεχούς προσπάθειάς τους για προαγωγή της στοματικής υγείας και την αναχαίτιση των δύο κυριότερων στοματικών παθήσεων, της τερηδόνας και της ουλίτιδας, εφαρμόζουν διάφορα προληπτικά προγράμματα που απευθύνονται στα παιδιά ηλικίας 5 -15 χρονών.

Στο σχολείο που φοιτά το παιδί σας θα γίνει μόνο κλινική εξέταση των παιδιών της Α' τάξης. Παρακαλώ υπογράψτε το έντυπο και επιστρέψτε το στο σχολείο αν συμφωνείτε όπως το παιδί σας εξεταστεί από κυβερνητικό οδοντίατρο. Θα θέλαμε να σας διευκρινίσουμε ότι η εξέταση γίνεται με καθρεφτάκια μιας χρήσης ακολουθώντας όλους τους κανονισμούς, όπως ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Με το πέρας της εξέτασης θα δοθεί ενημερωτικό φυλλάδιο στο παιδί σας αναφορικά με την κατάσταση του στόματός του. Περαιτέρω σας πληροφορούμε ότι **παιδιά που θα εντοπιστούν με στοματολογικά προβλήματα θα επανεξεταστούν στο τέλος της σχολικής χρονιάς, για σκοπούς επανελέγχου της στοματικής τους κοιλότητας, αλλά και αξιολόγησης της επιτυχίας του προγράμματος στη μείωση των παιδιών με ανάγκες θεραπείας χωρίς να ληφθεί οποιαδήποτε άλλη συγκατάθεση.**

Η εξέταση στο σχολείο σας θα γίνει.

Δευτέρα 28 Νοεμβρίου 2022

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 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.

Αντρη Αριστοτέλους

Αν. Διευθύντρια Οδοντιατρικών Υπηρεσιών

✂.....
Όνομα μαθητή /μαθήτριας:.....

Σχολείο:.....

Τάξη: Α'

Ο/Ηγονέας/κηδεμόνας του πιο πάνω μαθητή/μαθήτριας :

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.:.....