



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

4^η Υγειονομική
Περιφέρεια

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Κέντρο Υγείας: _____

Ταχ. Δ/ση: _____

Τηλ: _____

Πληροφορίες: _____

E-mail: _____

Fax: _____

....., / /201...

Προληπτική Οδοντιατρική ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Προς τους Γονείς και Κηδεμόνες του Δημοτικού Σχολείου

Το οδοντιατρείο του Κέντρου Υγείας, υλοποιεί πρόγραμμα/δράση οδοντιατρικού ελέγχου και ενημέρωσης για τη Στοματική Υγεία, στις σχολικές μονάδες Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της περιοχής ευθύνης του.

Στο πλαίσιο του προγράμματος/δράσης, θα γίνει στις/...../20... στους μαθητές τηςτάξης του σχολείου, οδοντιατρική εξέταση. Η εξέταση θα πραγματοποιηθεί στο χώρο του σχολείου / οδοντιατρείου του Κέντρου Υγείας, με όλους τους κανόνες υγιεινής και κάθε παιδί θα λάβει ενημερωτική επιστολή με τα αποτελέσματα της εξέτασης. **Την ημέρα της επίσκεψης των οδοντιάτρων, τα παιδιά είναι σημαντικό να έχουν μαζί τους το Βιβλιάριο Υγείας Παιδιού, καθώς και την Οδοντόβουρτσά τους.**

Σχετικά με τη συμμετοχή του παιδιού σας στο πρόγραμμα, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να παραδώσετε έως την ημέρα της επίσκεψης, την παρακάτω δήλωση.

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η γονέας/κηδεμόνας, του/της
μαθητή/-τριας δηλώνω ότι:

Επιθυμώ Δεν επιθυμώ να εξεταστεί το παιδί μου από τον/την οδοντίατρο του Κέντρου

Υγείας

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

.....
(υπογραφή)

Είμαστε στη διάθεσή σας, για οποιαδήποτε διευκρίνιση και πληροφορία.

Με εκτίμηση,

Ο/Η Οδοντίατρος, _____

(ονοματεπώνυμο)

του Κέντρου Υγείας _____