

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ/ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η..... με την ιδιότητα του ασκούντος τη γονική μέριμνα /κηδεμονία, δηλώνω υπεύθυνα ότι δίνω την έγκριση μου να εξεταστεί δωρεάν ο/η..... μαθητή/τριας της..... τάξης τουΣχολείου....., από εθελοντές οδοντιάτρους του Οδοντιατρικού Συλλόγου Ευβοίας. Ο προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος θα υλοποιηθεί στην κινητή ιατρική μονάδα «ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ» του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού», σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Ευβοίας, υπό την αιγίδα του Δήμου Λίμνης – Αγίας Άννας – Μαντουδίου.

Κατά τον προληπτικό έλεγχο τηρούνται αυστηροί κανόνες υγιεινής.

Το Δελτίο Εξέτασης δίνεται σε κάθε εξεταζόμενο. Τα προσωπικά δεδομένα που αναγράφονται τηρούνται από «Το Χαμόγελο του Παιδιού» για δύο έτη.

Ο οδοντιατρικός έλεγχος περιλαμβάνει προληπτική οδοντιατρική εξέταση (π.χ. έλεγχος τερηδόνας, πιθανή παραπομπή σε ορθοδοντικό, εκπαίδευση σωστής στοματικής υγιεινής)

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους γιατρούς επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.

.....,/...../.....

Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(Ολογράφως και υπογραφή)

Τηλέφωνο Επικοινωνίας Ασκούντος τη Γονική Μέριμνα:.....

Σημειώστε, προαιρετικά, την Ασφάλεια του παιδιού:

- ΕΟΠΥΥ
- ΠΡΟΝΟΙΑΣ
- ΆΛΛΟ (παρακαλώ σημειώστε).....
- Καμία



ΦΡΟΝΤΙΔΑ.
ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ.
ΙΣΟΤΗΤΑ.



ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
Ζήνωνος Ελεάτου 10
151 23 Μαρούσι Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)
☎ 210 38 43 038

✉ info@hamogelo.gr
🌐 www.hamogelo.gr