

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 έγκρισή μου να εξεταστεί δωρεάν ο/η..... μαθητή/τριας της..... τάξης τουΣχολείου....., από εθελοντές/τριες οδοντιάτρους του Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηρακλείου. Ο προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος θα υλοποιηθεί στα κινητά Πολυιατρεία «ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ Ι & ΙΙ » του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού», σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Ηρακλείου, υπό την αιγίδα του Δήμου Φαιστού.

Συμμετέχουν εθελοντικά οδοντίατροι.

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.

Είναι σημαντικό ο μαθητής/τρια να έχει μαζί του/της το Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας, εφόσον υπάρχει.

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

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους/τις 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
- ΆΛΛΟ (παρακαλώ σημειώστε).....
- Καμία



ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ
ΙΣΟΤΗΤΑ.



ΕΙΜΑΣΤΕ
ΣΕ ΟΛΗ
ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ
ΟΛΟ ΤΟ 24ΩΡΟ

ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
Γαρυττού 80 153 43
Αγία Παρασκευή Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)
☎ 210 38 43 038

✉ info@hamogelo.gr
🌐 www.hamogelo.gr