



ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
7η Υγειονομική  
Περιφέρεια Κρήτης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Κέντρο Υγείας:

Ταχ. Δ/ση:

Πληροφορίες:

E-mail:

Τηλ:

Fax:

## 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 ...../20..... στους μαθητές του σχολείου, οδοντιατρική εξέταση και φθορίωση δοντιών. Η εξέταση θα πραγματοποιηθεί στο χώρο του σχολείου ☐ / οδοντιατρείου ☐ του Κέντρου Υγείας, με όλους τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας 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 και την οδοντόβουρτσά τους.** Ακόμη, παρουσία σας είναι επιθυμητή για **παροχή οδηγιών** για την οδοντιατρική φροντίδα του παιδιού σας.

**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 .....

με ΑΜΚΑ           και ημερ. Γέννησης ...../...../..... δηλώνω ότι:

1) **Επιθυμώ** ☐ **Δεν επιθυμώ** ☐ να εξεταστεί το παιδί μου από τον/την οδοντίατρο

2) **Επιθυμώ** ☐ **Δεν επιθυμώ** ☐ να κάνει το παιδί μου φθορίωση δοντιών.

Σύντομο ιατρικό ιστορικό:

Κύρια Προβλήματα υγείας/ Αλλεργίες: .....

Λήψη Φαρμάκων: .....

Όνομ/νυμο – Τηλέφωνο Θεράποντος Ιατρού: .....

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

(υπογραφή)

Είμαστε στη διάθεσή σας, για οποιαδήποτε διευκρίνιση και πληροφορία.

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Παρακαλώ συμπληρώστε, **προαιρετικά** και **εφόσον συμφωνείτε**, το παρακάτω ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο περιέχει δημογραφικές πληροφορίες και στοιχεία που αφορούν στο ιστορικό και τις συνήθειες του παιδιού σας. Σκοπός του είναι η έρευνα και η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων.

Τηρείται η διασφάλιση απορρήτου προσωπικών δεδομένων.

**1. Δημογραφικά στοιχεία ( παρακαλώ συμπληρώστε )**

Υπηκοότητα: Πατέρας ..... Μητέρα: .....

Επάγγελμα: Πατέρας ..... Μητέρα: .....

Διεύθυνση: ..... Περιοχή: .....

**2. Σωματομετρικά στοιχεία του παιδιού**

Βάρος παιδιού ..... (σε κιλά, γραμ) Ύψος παιδιού ..... (σε μέτρα, εκατοστά)

**Σημειώστε με ένα Χ το τετραγωνίδιο που αντιστοιχεί στην απάντησή σας.**

**3. Πόσο συχνά πλένει το παιδί σας τα δόντια του;**

Ποτέ ☐ 2-3 φορές / μήνα ☐ 1 φορά/ βδομάδα ☐ 2-6 φορές/ βδομάδα ☐  
1 φορά / μέρα ☐ 2 ή περισσότερες φορές / μέρα ☐ Δεν ξέρω ☐

**4. Τί χρησιμοποιεί το παιδί σας για το πλύσιμο των δοντιών του;**

Οδοντόκρεμα με φθόριο ☐ Οδοντόκρεμα χωρίς φθόριο ☐ Στοματικό διάλυμα ☐  
Οδοντόβουρτσα χειρός ☐ Ηλεκτρική οδοντόβουρτσα ☐ Οδοντικό νήμα ☐ Δεν ξέρω ☐

Άλλο .....

**5. Πόσο συχνά είχε το παιδί σας πόνο ή ενόχληση εξαιτίας των δοντιών του το τελευταίο έτος;**

Συχνά ☐ Περιστασιακά ☐ Σπάνια ☐ Ποτέ ☐ Δεν ξέρω ☐

**6. Πόσες φορές επισκέφθηκε το παιδί σας τον οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο;**

Καμία ☐ 1 φορά ☐ 2 φορές ☐ 3 φορές ☐ 4 φορές ☐  
Περισσότερες από 4 φορές ☐ Δεν έχει πάει ποτέ ☐ Δεν ξέρω ☐

**7. Για ποιό λόγο επισκέφθηκε το παιδί σας τον οδοντίατρο τελευταία φορά;**

Πόνο / πρόβλημα με δόντια ή ούλα ☐ Συνέχεια θεραπείας ☐  
Έλεγχος ρουτίνας / πρόληψη ☐ Δεν ξέρω / δεν θυμάμαι ☐

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας