

<b>ΚΑΡΤΕΛΑ Νο:</b>	
Όνοματεπώνυμο: .....	
Ημερομηνία Γέννησης: .....	
Όνοματεπώνυμο Πατέρα:..... Όνοματεπώνυμο Μητέρας:.....	
Αδέρφια: .....	
Διαμονή στο:	Μαθητής:
<input type="checkbox"/> Νέο Οικισμό	<input type="checkbox"/> Νηπιαγωγείου
<input type="checkbox"/> Παλιό Οικισμό	<input type="checkbox"/> Προπαρασκευαστικής Τάξης
	<input type="checkbox"/> Δημοτικού, Τάξη:.....

**1. Παίρνεις φάρμακα;**  
☐ ΝΑΙ      Αν ναι ποια φάρμακα;.....  
☐ ΟΧΙ

**2. Είχε η μητέρα σου προβλήματα υγείας ή έπαιρνε φάρμακα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;**  
☐ ΝΑΙ      Αν ναι ποια;.....  
☐ ΟΧΙ

<b>3. Έχεις τη συνήθεια να:</b> <input type="checkbox"/> Πιπιλάς το δάχτυλο <input type="checkbox"/> Τρως τα νύχια σου <input type="checkbox"/> Κοιμάσαι με το μπιμπερό στο στόμα <input type="checkbox"/> Τρίζεις τα δόντια σου	<b>4. Έχεις επισκεφθεί ξανά οδοντίατρο;</b> <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
	<b>5. Έχεις παρουσιάσει στο παρελθόν:</b> <input type="checkbox"/> Τραυματισμό ή Κάταγμα δοντιού <input type="checkbox"/> Αιμορραγία Ούλων <input type="checkbox"/> Πονόδοντο

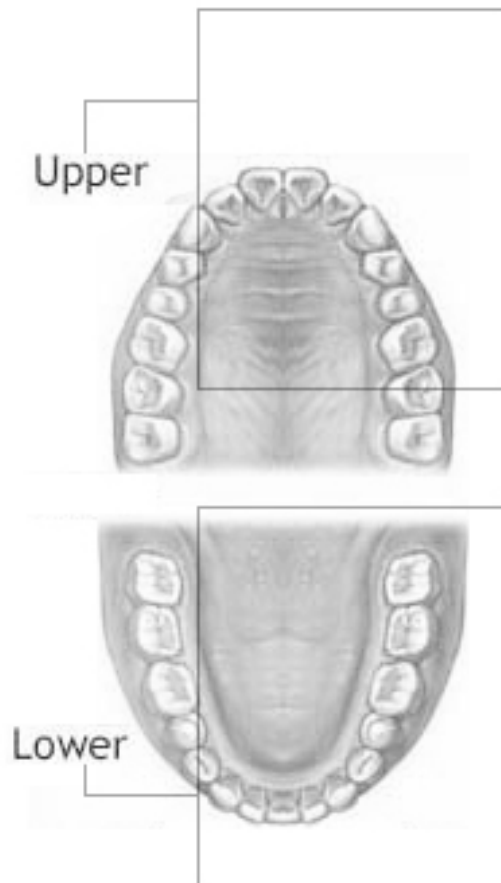
<b>6. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών είχες πονόδοντο;</b> <input type="checkbox"/> Συχνά <input type="checkbox"/> Σπάνια <input type="checkbox"/> Ποτέ <input type="checkbox"/> Δε θυμάμαι	<b>7. Πήγες στον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες;</b> <input type="checkbox"/> ΝΑΙ      Αν ναι πόσες φορές <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
---	--

<b>8. Πόσο συχνά καθαρίζεις τα δόντια σου;</b> <input type="checkbox"/> Κάθε ημέρα <input type="checkbox"/> Σπάνια <input type="checkbox"/> ποτέ	<b>9. Χρησιμοποιείς οδοντόκρεμα;</b> <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
---	--

<b>10. Τι από τα παρακάτω χρησιμοποιείς για να καθαρίζεις τα δόντια και τα ούλα σου;</b> <input type="checkbox"/> Οδοντόβουρτσα <input type="checkbox"/> Οδοντογλυφίδα <input type="checkbox"/> Οδοντικό νήμα	<b>11. Καπνίζεις;</b> <input type="checkbox"/> ΝΑΙ      Αν ναι πόσα τσιγάρα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
--	---

<b>12. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια της εβδομάδας τρως ή πίνεις κάτι από τα ακόλουθα;</b>	Κάθε ημέρα	Σπάνια	Ποτέ
Γλυκά			
Καραμέλες, γλειφιτζούρια, τσίχλες			
Αναψυκτικά			

**Συμπληρώστε όποια άλλη πληροφορία θεωρείτε σημαντική σχετικά με την υγεία του παιδιού**  
.....  
.....

[illegible]

**Υπογραφή Γτ Κ**

**Υπογραφή Εκπροσώπου ΙΑΚ Σοφάδων**