Office cantonal de l'enfance et de la jeunesse / SDS

Traductions courrier :

Coupon-réponse carie urgente non traitée

- Albanais - Shqip
- Allemand - Deutsch
- Anglais - English
- Arabe - عرب
- Espagnol - Español
- Italien - Italiano
- Portugais - Português

Shqip

Zonjë, Zotëri

Rezultati i kontrollit dentar të fëmijës suaj …….
I bërë më ……..... Nxori në pah nevojën për trajtimin e karieve **urgjente e/ose të shumta**.

Ju tërheqim vëmendjen për faktin se një karie duhet të konsiderohet si cenim i shëndetit. Nëse nuk trajtohet, ajo mund ta keqësojë gjendjen e dhëmbit të fëmijës suaj deri në atë pikë sa ai ta humbasë atë. Kariet janë shpesh edhe burim dhembjesh (përfshirë dhëmbët e qumështit), përveç gjendjes së pakëndshme në të cilën vihet fëmija juaj, përqendrimi i tij dhe, si pasojë, aftësia e tij për të përvetësuar mësimet cenohet.

Si pasojë, lutemi të merrni takim sa më parë pranë mjekut-dentist apo kabinetit dentar të shërbimit dentar shkollor …… dhe të dorëzoni bonon e mëposhtme me qëllim që ne të vihemi në dijeni.

Nëse nuk kemi lajme nga ju apo nga mjeku juaj dentist, pas 3 muajve, ne do të njoftojmë infermieren e shkollës e cila do të marrë kontakt me ju.

Marwa Abdelaziz

--- ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------- ------- ------- ----- ------ ------- ------ ------ ------ ----

--

Në vëmendje të mjekut-dentist : Lutemi të na i ktheni këtë formular duhësisht të plotësuar me zarfin bashkëlidhur.

Po, konfirmoj se fëmija……vjen në kabinetin tim për trajtimin e dhëmbëve.

Data :

Tamponi i kabinetit Mjeku-dentist nënshkrimi

Deutsch

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr

Die zahnärztliche Kontrolle Ihres Kindes ……
vom ……..... hat ergeben, dass
dringende und/oder zahlreiche Kariesbehandlungen erforderlich sind.

Bitte beachten Sie, dass Karies als gesundheitliche Beeinträchtigung angesehen werden muss. Ohne Behandlung kann sie den Zahn Ihres Kindes zerstören und mitunter sogar dazu führen, dass er gezogen werden muss. Karies verursacht zudem häufig Schmerzen (auch bei Milchzähnen), dies ist nicht nur unangenehm für Ihr Kind, sondern kann auch seine Konzentration und somit seine Lernfähigkeit beeinträchtigen.

Daher bitten wir Sie, so schnell wie möglich einen Termin bei einem Zahnarzt oder in der Zahnarztpraxis des schulzahnärztlichen Dienstes …… zu vereinbaren und nachstehenden Schein abzugeben, damit wir informiert sind.

Wenn wir nach 3 Monaten nichts von Ihnen oder Ihrem Zahnarzt hören, informieren wir die Schulkrankenschwester, die sich mit Ihnen in Verbindung setzen wird.

Marwa Abdelaziz

--- ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------- ------- ------- ----- ------ ------- ------ ------ ------ ----

--

An den Zahnarzt/die Zahnärztin: Bitte retournieren Sie dieses Formular ordnungsgemäss ausgefüllt im beiliegenden Briefumschlag.

Ja, ich bestätige, dass das Kind……in meiner Praxis zahnmedizinisch behandelt wird.

Datum:

Stempel der Praxis Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin

English

Dear Sir or Madam,

The result of the dental check-up for your child …… carried out on ……..... showed that they need to be treated for **urgent and/or extensive** tooth decay.

Please note that tooth decay must be viewed as a health issue. If left untreated, it can seriously affect the condition of your child's tooth to the point that they lose it. Tooth decay is often also a source of pain (including in milk teeth), which – apart from the discomfort it causes your child – can affect their concentration and therefore their ability to learn.

Please therefore make an appointment as soon as possible, either with a dental surgeon or the dental practice run by the schools dental service …… and return the slip below to let us know.

If we do not hear from you or your dental surgeon within the next three months, we will advise the school nurse, who will be in touch with you.

Marwa Abdelaziz

--- ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------- ------- ------- ----- ------ ------- ------ ------ ------ ----

--

For the attention of the dental surgeon: Please return your completed form using the enclosed envelope.

I confirm that the child……is receiving dental treatment in my practice.

Date:

Practice stamp Signature of dental surgeon

عرب

حضرات السادة المحترمين،

إن نتيجة فحص أسنان ولدكم .....
الذي أُجرِيَ بتاريخ .....تظهر ضرورة معالجة **التسوس بشكل عاجل و/أو التسوسات العديدة.**

نود لفت انتباهكم إلى أنه في الواقع يُعتَبر التسوس ضاراً بالصحة. إذا تُرك دون علاج، يمكن للتسوس أن يتسبب بتلف خطير إلى درجة فقدان السن. غالبًا ما يسبب التسوسُ أيضًا الآلام (التي تطال أيضاً أسنان الحليب)، بالإضافة إلى ما يسببه من انزعاج لولدكم، فيخف تركيزه وبالتالي تضعف قدرته على التعلم.

وبناءً على ذلك، نطلب منكم تحديد موعداً في أقرب وقت ممكن عند طبيب الأسنان أو في عيادة طب الأسنان التابعة لخدمة طب الأسنان في المدرسة .....
وتسليم القسيمة أدناه حتى يتم إعلامنا بذلك.

بدون أخبار منكم أو من طبيب أسنانكم بعد 3 أشهر، سنقوم بإخطار ممرضة المدرسة التي ستتصل بكم.

Marwa Abdelaziz

إلى حضرة طبيب الأسنان: نرجو منك إعادة هذه الاستمارة بعد ملئها بالكامل وباستخدام الظرف المرفق.

نعم أؤكد أن ..... يتردد على عيادتي لعلاج أسنانه(ها).

التاريخ:

ختم العيادة توقيع طبيب الأسنان

Español

Estimada señora, estimado señor:

Como resultado del control dental de su hijo/a …… realizado el …….... se ha manifestado la necesidad de tratamiento por causa de caries **urgentes y/o numerosas**.

Llamamos su atención sobre el hecho de que las caries pueden ser consideradas un problema de salud. Si una caries no se cuida, puede deteriorar gravemente el diente de su hijo/a hasta el punto de que puede llegar a perderlo. Las caries son también frecuentemente causa de dolor (incluso en los dientes de leche), además de motivo de incomodidad para su hijo/a, pudiendo afectar a su concentración y a su capacidad de aprender.

Por lo tanto, le(s) rogamos que en el más breve plazo concierte(n) cita con un médico dentista o con la consulta dental del servicio dental escolar …… entregando el cupón que figura abajo para avisarnos de ello.

Sin noticias por su parte o de su médico dentista en el plazo de tres meses, comunicaremos el hecho a la enfermera escolar, la cual se pondrá en contacto con usted(es).

Marwa Abdelaziz

--- ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------- ------- ------- ----- ------ ------- ------ ------ ------ ----

A la atención del médico dentista: Le rogamos que nos envíe este formulario debidamente rellenado utilizando el sobre adjunto.

Sí, confirmo que el/la niño/a……es objeto de seguimiento en mi consulta en relación con un tratamiento dental.

Fecha:

Tampón de la consulta Médico dentista firma

Italiano

Egregio Signore, Gentile Signora,

La visita di controllo dentistico di Suo/a figlio/a ……, svolta in data ……....., ha messo in luce la necessità di intervenire per trattare delle
carie **urgenti e/o numerose**.

Desideriamo farle notare che una carie va considerata quale un danno alla salute del/la bambino/a. Se non trattata, può deteriorare gravemente il dente e addirittura causarne la perdita. Le carie, inoltre, sono spesso fonte di dolore (anche nel caso dei denti da latte), la qual cosa, oltre a creare disagio, può compromettere la concentrazione del/la bambino/a e, di conseguenza, la sua capacità di apprendimento.

Per questo, La preghiamo di prendere appuntamento al più presto con un medico dentista o presso lo studio dentistico del servizio dentario scolastico …… e di avvisarci consegnando al dentista il tagliando in basso.

Se entro tre mesi non avremo Sue notizie o notizie del Suo medico dentista, avviseremo l'infermiera della scuola, che avrà cura di mettersi in contatto con Lei.

Marwa Abdelaziz

--- ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------- ------- ------- ----- ------ ------- ------ ------ ------ ----

--

All'attenzione del medico dentista: La preghiamo di restituirci il presente formulario debitamente compilato utilizzando la busta annessa.

Sì, confermo che il/la bambino/a……è in cura presso il mio studio dentistico.

Data:

Timbro dello studio Firma del medico dentista

Português

Cara Senhora, caro Senhor,

O resultado do exame dentário do(a) seu(sua) filho(a)
…….
realizado a ……..... evidenciou uma necessidade de tratamento de cáries **urgentes e/ou numerosas**.

Chamamos a sua atenção para o facto de que uma cárie deve ser considerada como um risco para a saúde. Se não for tratada, pode deteriorar gravemente o dente do(a) seu(sua) filho(a), a ponto de poder ficar sem ele. Muitas vezes, as cáries também causam dores (incluindo nos dentes de leite), para além do desconforto que causa à criança, afetando a sua concentração e, como tal, a sua capacidade de aprendizagem pode ser alterada.

Por conseguinte, agradecemos que marque uma consulta no mais breve prazo com um médico dentista ou no consultório do serviço dentário escolar …… e que entregue o cupão abaixo para que sejamos informados.

Sem mais notícias da sua parte ou do seu médico dentista ao fim de 3 meses, informaremos a enfermeira escolar, que entrará em contacto consigo.

Marwa Abdelaziz

--- ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------ ------- ------- ------- ----- ------ ------- ------ ------ ------ ----

--

À atenção do médico dentista: Agradecemos que nos devolva este formulário devidamente preenchido por meio do envelope em anexo.

Sim, confirmo que a criança……é seguida no meu consultório no âmbito de um tratamento dentário.

Data:

Carimbo do consultório Médico Dentista assinatura