



**REGISTRE DU CABINET DANS LE CADRE DE L'ACCREDITATION 2024 (joint en
ligne lors de la demande d'accréditation 2024)**

Vos données:

Votre nom et prénom:

Votre Numéro INAMI:

Votre titre professionnel:

Adresse du cabinet:

Nom:

Rue + numéro:

Code postal + Commune :

Données de base de la pratique

- 1) Disponibilité habituelle au cabinet. Nombre de demi-journées par semaine
- 2) Combien de praticiens exercent dans ce local professionnel ?
- 3) Exercez-vous, dans ce cabinet, la dentisterie générale ?
- 4) Exercez-vous, dans ce cabinet, exclusivement une discipline dentaire ?
Si oui, laquelle (*)

Oui Non

Oui Non

Orthodontie

Endodontie

Médecine dentaire pédiatrique

Parodontologie

Autre:

Equipement du cabinet

5.1) Nombre d'installations (units):

5.2) Appareillage RX

| Type | Nombre | Digital (*) | Films argentiques (*) |
|----------------------|--------|-------------|-----------------------|
| Intra-oral : | | | |
| Panoramique : | | | |
| Téléradiographique : | | | |
| CBCT : | | | |
| Autres : | | | |

Organisme de controle technique agréé:

5.3) Diposez-vous d'un protection plombée pour le patient?

Oui Non

5.4) Quelle firme agréée collecte vos déchets?
Nom et adresse:

5.5) Quelle appareillage de stérilisation utilisez-vous dans ce cabinet?

Autoclave

Stérilisation à air chaud.

Chemiclave-

Autre :

(*)Cochez S.V.P