



**DONNEES SUR LA PRATIQUE DANS LE CADRE DE L'ACCREDITATION 2026 (joint en ligne lors de la demande d'accréditation 2026)**

**Vos données:**

<b>Votre nom et prénom:</b>	
<b>Votre Numéro INAMI:</b>	
<b>Votre titre professionnel:</b>	
<b>Adresse du cabinet:</b>	
<b>Nom:</b>	
<b>Rue + numéro:</b>	
<b>Code postal + Commune :</b>	

**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 contrôle technique agréé:

5.3) Disposez-vous d'un protection plombée pour le patient?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

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

5.5) Quelle appareillage de stérilisation utilisez-vous dans ce cabinet? <input type="checkbox"/> Autoclave <input type="checkbox"/> Stérilisation à air chaud. <input type="checkbox"/> Chemiclavé <input type="checkbox"/> Autre:	
---	--