|  |  |
| --- | --- |
|  | **REGISTRE DU CABINET DANS LE CADRE DE L'ACCREDITATION 2022 (joint en ligne lors de la demande d’accréditation 2022)** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vos données:** | | | | |
| **Votre nom et prénom:** |  | | | |
| **Votre Numéro INAMI:** |  | | | |
| **Votre titre professionel:** |  | | | |
| **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 (\*[[1]](#footnote-1)) | Films argentiques (\*) |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Intra-oral : |  |  |  | | Panoramique : |  |  |  | | Téléradiographique : |  |  |  | | CBCT : |  |  |  | | Autres : |  |  |  | | | | | | |
| Organisme de contrôle technique agréé: | | |  | | |
| 5.3) Disposez-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·: | | | | | |

1. (\*)Cochez S.V.P [↑](#footnote-ref-1)