|  |  |
| --- | --- |
|  | **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)