

REGISTRE DU CABINET DANS LE CADRE DE L'ACCREDITATION 2009.

Nom du praticien de l'art dentaire :

N° INAMI :

Titre professionnel :

Adresse du cabinet : nom :

rue, n° :

commune :

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 ? oui / non

4) Exercez-vous, dans ce cabinet, exclusivement une discipline dentaire ? oui / non

Si oui, laquelle (*) Orthodontie Endodontie
 Pédiodontie
 Parodontologie Autre

5) Equipement du cabinet :

5.1. Nombre d'installations (units)

5.2. Appareillage Rx :

Type	Nombre	Digital ^(*)	Films argentiques ^(*)
Intra-oral
Panoramique
Téléradiographique
Autres

Organisme de contrôle technique agréé :

5.3. Disposez-vous d'une protection plombée pour le patient ? oui / non

5.4. Quelle firme agréée collecte vos déchets ?

Nom et adresse :

5.5. Quel appareillage de stérilisation utilisez-vous dans ce cabinet ? (*)

Autoclave Stérilisation à air chaud
 Chemiclave Autre

(*) Cochez S.V.P.