

REGISTRE DU CABINET DANS LE CADRE DE LA GARDE

Nom du praticien :

N° INAMI :

Adresse du cabinet* : Nom :

Rue, n° :

Commune :

Equipement du cabinet :

Nombre d'installations (units) :

Appareillage Rx intra-oral :

Marque :

Modèle :

Type : argentique (film) digital

Appareillage Rx panoramique :

Marque :

Modèle :

Type : argentique (film) digital

Organisme de contrôle technique agréé :

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

Quelle firme agréée collecte vos déchets ?

Nom :

Adresse :

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

- Autoclave
- Stérilisation à air chaud (Poupinel)
- Chemiclave
- Autre

(*) cabinet dans lequel sera effectuée la garde.