附表

达州市“量体裁衣”式残疾人精准康复服务

视力残疾儿童辅助器具适配定点（承接）机构审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  |  单位地址 |  |
| 机构登记证号码 |  | 成立时间 |  |  邮政编码 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  | 上级主管部门 |  |
| 机构性质 | □残疾人康复 □卫生医疗 □社会服务 □其他  |
| 机构资格及适配能力 | 是否具有三类医疗器械经营资格□ 年适配儿童 名 |
| 专业人员情况 | 医师 名（其中：高级 名、中级 名），验光师 名，护士 名，制镜师 名，其它 。 |
| 场地情况 | 检查区\_\_\_\_㎡，验配区\_\_\_\_㎡，训练区 ㎡，其它 。 |
| 设备设施 | 检查设备：□眼前节照相 □眼压仪 □角膜地形图 □I0Lmaster □OCT □视野 □眼底照相 □同视机□全自动电脑验光仪 □全自动综合验光仪 □其他 |
| 训练设备：□近视弱视训练系统 □视功能训练系统 □其它  |
| 业务能力 | 可否为视力残疾儿童提供以下视力矫正产品及适配技术服务：1. 硬性角膜接触镜类：RGP、角膜塑形镜：是□ 否□
2. 框架眼镜类：适合儿童佩戴的有延缓度数增长功能的镜片：是□ 否□
 |
|  机构申报意见：   签字（盖章） 年 月 日  |
| 专家组或第三方机构评估意见：  签字（盖章） 年 月 日    | 市康复中心审核意见：   签字（盖章） 年 月 日  |
| 市残联审批意见： 签字（盖章） 年 月 日 |

注：此表一式三份，分别留存于市残联、市康复中心和机构。