

昆明市残疾儿童康复救助定点服务机构

申请表

申请机构名称：昆明视康眼科诊所有限公司西山西昌路诊所

受理残联名称：昆明市西山区残疾人联合会

申请时间：2024 年 3 月 27 日

基本情况					
机构名称	昆明视康眼科诊所有限公司西山西昌路诊所		统一社会信用代码	PDY61628753011276D2192	
地 址	云南省昆明市西山区西昌路26号金马跃兴园金融办公楼1801-1808室			邮编	650000
法定代表人	张明静	联系电话	13608861317	主管 部门	昆明市西山区卫生健康局
登 记 管 理 机关	昆明市西山区卫生健康局			登 记 时间	2023年05月16日
机构类别	☐事业单位（☐残联 ☒企业 ☐民办非企（☐残联 ☐社会组织（☐残联 ☐其他 ☐民政 ☐卫健 ☐教育 ☐市场监管 ☐市场监管 ☐市场监管 ☐市场监管 ☐市场监管 ☐其他 ☐其他 ☐其他 ☐其他 ☐其他				

场地设施设备情况				
功能室名称	数量	面积	设施设备	功能简述
接待室	1	15.12 m²	桌子、椅子、电脑等	主要用于服务人员与视力残疾人及其家属进行交流沟通及一般资料采集和病史采集，布置应温馨、舒适、安静。
康复评估室	1	15.12 m²	裂隙灯显微镜、直接眼底镜、眼压计、远近视力表、电脑验光仪、镜片箱、阿姆斯勒（Amsler）方格表、视野计、立体视检查本、D-15色盘、对比敏感度检查卡等）、记录用表、办公设备、评估用桌椅等	用于进行视功能评估、需求评估和生存质量评估。
助视器适配室	1	12.3 m²	辅助器具，远用助视器适配设备和近用助视器设备，远视力表和近视力表	用于用于助视器使用训练及评估助视器视力
视功能训练室	1	14.19 m²	视觉训练图，桌椅，同视机，BVT立体镜，字母表操，Cherioscope实体镜（单侧倾斜），偏心的同心圆卡，红绿立体可变矢量图BC500，红绿阅读单位BC1316，裂隙尺，立体视觉训练系统	用于远、近距离视觉训练视觉训练，视觉注视、视觉跟踪、视觉追踪、视觉辨认、视觉搜寻、视觉记忆等训练
定向行走训练场地	1		地面防滑、防障碍物等标识脚踩平衡触觉板，弯曲平衡板，88轨道球，按摩球，大龙球，独脚凳，粘靶球，手持望远镜，盲杖	用于定向行走训练
适应能力训练室	1	22.79 m²	厨房、餐厅、卫生间、起居室等，空间内有必要的无障碍设计（如防滑垫、扶手、照明等），配置视障用品并制作相应标识	用于日常生活适应能力训练室和社会适应能力训练室，根据视力残疾人的情况需求，进行相应日常生活适应能力和社会适应能力的训练
感知觉训练室	1	14.19 m²	训练室应具备开展听觉训练、触觉或触知觉训练、嗅觉与味觉训练等感知觉训练的基本设施	用于开展感知觉的综合能力训练
档案室	1	30 m²	配置文件柜，电子查询系统	用于康复资料按照类别存档，并将重要信息输入电脑，便于随时查找。

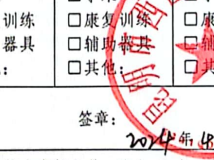
档案室	1	30 m²	配置文件柜，电子查询系统		用于康复资料按照类别存档，并将重要信息输入电脑，便于随时查找。	
人员构成情况						
分类		数量	初级职称	中级职称	高级职称	职责简述
管理人员						
专 业 人 员	医生	3	2		1	基础眼病的诊断及治疗，熟练掌握各类视力矫正（职业相关，老年视力、儿童视力），掌握异常双眼视的诊断与视觉训练，角膜接触镜的规范验配与护理
	护士	1	1			患者维护和管理，患者预约、专家门诊预约安排和到诊登记及统计工作，护理相关工作
	医技人员	6	6			专家跟诊及相关检查，框架眼镜验配及眼科产品销售，对特殊患者的售后服务，眼科仪器设备的日常维护，跨岗位补岗及宣传资料收集
	康复治疗师	3				患者康复治疗类工作
	康复工程师					
	康复教师					
	社工					
	其他					
其他						

拟开展服务项目	视力残疾	听力残疾	言语残疾	肢体残疾	智力残疾	孤独症
	☐ 手术 ☒ 康复训练 ☒ 辅助器具 ☐ 其他:	☐ 手术 ☐ 康复训练 ☐ 辅助器具 ☐ 其他:	☐ 手术 ☐ 康复训练 ☐ 辅助器具 ☐ 其他:	☐ 手术 ☐ 康复训练 ☐ 辅助器具 ☐ 其他:	☐ 手术 ☐ 康复训练 ☐ 辅助器具 ☐ 其他:	☐ 手术 ☐ 康复训练 ☐ 辅助器具 ☐ 其他:

承诺书

本机构承诺遵守国家法律、法规和政策，遵守国家、省和当地有关康复服务及物价管理的法律、法规和标准。场地使用面积、地理位置、场地环境、室内设计、人员配备及管理、设备配备、技术水平、服务设施及管理符合法律、法规关于开展相关业务的规定和要求，以及有关部门制定的相关规范。专业技术人员和管理人员的专业技术能力、比例、数量符合相关法律法规或工作规范关于开展相关业务的规定和要求。并对所提供信息和材料证明的真实性负责。

盖章:  年 月 日

业务主管单位 (登记管理机构)审核意见	推荐开展服务项目:	视力残疾	听力残疾	言语残疾	肢体残疾	智力残疾	孤独症
		☐ 手术 ☒ 康复训练 ☒ 辅助器具 ☐ 其他:	☐ 手术 ☐ 康复训练 ☐ 辅助器具 ☐ 其他:	☐ 手术 ☐ 康复训练 ☐ 辅助器具 ☐ 其他:	☐ 手术 ☐ 康复训练 ☐ 辅助器具 ☐ 其他:	☐ 手术 ☐ 康复训练 ☐ 辅助器具 ☐ 其他:	☐ 手术 ☐ 康复训练 ☐ 辅助器具 ☐ 其他:
	审核意见: <u>审核意见见附件</u> 盖章:  2024年4月30日						
残联受理意见	☐ 经查阅资料和现场评估核查，材料不齐全或不符合申报条件，请在10个工作日内补正材料和整改到位，逾期不补正的视作放弃申请。 ☐ 经查阅资料和现场评估核查，材料齐全且符合申报条件，拟确定该机构为定点服务机构在本级残联官网上公示7天。 盖章: 年 月 日						
公示情况	公示时间		公示结果				
	年至 年 2024年4月26日至2024年5月7日 5月7日		☐ 公示期内收到举报，经核查该机构不符合定点条件，申请定点驳回，不予定点。 ☐ 公示期内未收到举报或者收到举报但经核查不影响定点，申请定点成功，予以定点。 盖章: 年 月 日				

填表说明: 1、本表格用于昆明市残疾儿童定点康复机构的申请。2、申报机构须按要求认真据实填写各项内容。3、场地设施设备和人员构成情况可根据所申报项目另附纸说明。4、相关资料(①②③)可随申请表一并提交。5、本表一式两份，市残联或县区残联和机构各留存一份。6、编号按“行政区划代码+年份+3位数字序号”的方式编制，如2021年在市残联申请的第一个机构编号为“5301002021001”。