

NOM : B [REDACTED]

PRENOM : DEMOIS

AGE : 32

Commune : Gennevilliers

Profession : prof de Tennis

Date opératoire : 31/03/09

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

* AVANT L'OPERATION : DEGRE DE MYOPIE ? (*à remplir par votre Ophthalmol*)

OD :

OG :

* APRES L'OPERATION : RESULTAT VISUEL (*à remplir par votre Ophthalmol*)

OD :

OG :

POUVEZ-VOUS VOUS DEPLACER SANS LUNETTES OU LENTILLES ? OUI NON

POUVEZ-VOUS CONDUIRE SANS LUNETTES OU LENTILLES ? OUI NON

POUVEZ-VOUS TRAVAILLER SUR ORDINATEUR SANS CORRECTION ? OUI NON

* L'OPERATION A-T-ELLE ETE DOULOUREUSE ?

OUI NON

OUI UN PEU OUI TRES DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 2 JOURS

RECUPERATION DE LA VISION : LE SOIR NETE

* REGRETTEZ VOUS CETTE OPERATION ?

OUI NON

* AUTRE COMMENTAIRE LIBRE (vos premières impressions avec cette nouvelle vision, votre expérience du lasik, qualité des soins, de l'accueil, du suivi)

Très bonne équipe, très sympa. C'est une opération des yeux donc beaucoup d'appréhension mais sans douleur avec une équipe pro. Bravo et merci.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE (sans mentionner votre nom en clair)

OUI NON