

NOM : ~~AT~~

PRENOM : Aurélie

AGE : 30 ans

Commune : Savigny (91) Profession :

Date opératoire : 23 juillet 2008 Adresse Mail :

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -5,50 (-0,25) à 0°
OG : -7,25 (-0,25) à 15°

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

OD : 20
OG : 20 | 12/10 et Bruxelles

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 : 2h

RECUPERATION DE LA VISION : 2h

* 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)

Aucune douleur pendant l'opération - Le Docteur et son équipe
Sont absolument parfaits -

Je recommande cette intervention à toutes ces personnes
qui auraient eu une vue basse -

Merci pour tout !

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

OUI NON