

NOM : J. [redacted]

PRENOM : Carole

AGE : 22 ans

Commune : Paris 12°

Profession : Tourisme

Date opératoire : 28 juillet 2008 Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -0,50 (-1,50) à 90° *no*
OG : -1,25 (-0,25) à 145° *no*

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

OD : *no*
OG : *no*

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 : 4H

RECUPERATION DE LA VISION : 3H

* 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)

Personnel compétent
très bonne communication.
Ne pas hésiter à faire l'opération

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

OUI NON