

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Céline

AGE : 26

Commune : Livry St Seine

Profession : comptable

Date opératoire : 01/04/09  
06/05/09

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -6,25 (-0,25 à 82)

OG : -6,75 (-0,50 à 105)

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

OD : 10/10

OG : 10/10

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

2

\* 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 : 3 semaines 1 jour

RECUPERATION DE LA VISION :

\* 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)

Vous êtes tous super gentil.  
Je recommande cette opération et avec ce [REDACTED]

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE.

OUI  NON