

NOM : ██████████

PRENOM : Christiana

AGE : 27

Commune : Terras

Profession : responsable marketing

Date opératoire : 6/05/09

Adresse Mail: ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -2,25 (-0,75 à -1,65)

OG : -2,25 (-0,50 à -1,0)

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

OD : 9/10

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

α * L'OPERATION A-T-ELLE ETE DOUTLOUREUSE ?

OUI NON

OUI UN PEU OUI TRES DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 2^h

RECUPERATION DE LA VISION : 3^h

* 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)

Une opération impressionnante mais totalement indolore.
Tout s'est très bien passé et je remercie l'équipe pour tout
son accompagnement et ses explications tout au long
de l'opération, ainsi qu'avant et après.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE.

OUI NON