

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Claude

AGE : 49.

Commune :

Profession :

Date opératoire : 24/06/10.

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD :
OG :

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

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

* 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 :
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)

C'était parfait encore merci

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE OUI NON