

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Ghislaine

AGE : 62

Commune : Laguenne

Profession :

Date opératoire : 25/07/09

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -3,75 (-1,00) à 20" 9/10 +3,00  
OG : -3,75 (-1,50) à 0" 6/10 +3,00

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

OD :  
OG :

- 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 DOULOUREUSE ?  OUI  NON  
 OUI UN PEU  OUI TRES DOULOUREUSE

\* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : operer a 11h30 recuif fin de soirée  
RECUPERATION DE LA VISION : immédiate

- 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)

complètement satisfait - je la recommande aux autres

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE Y COMPRIS TEMOIGNAGE VIDEO

- OUI  NON