

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Ilan

AGE : 25

Commune : Sorecellis

Profession : Vendeur de voitures

Date opératoire : 15/07/09

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD: -4,25 (-1,50) à 2° 9/10

OG: -4,75 (-2,00) à 165° 10/10

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

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 : 1h

RECUPERATION DE LA VISION : 1h

* 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)

- L'OPERATION EST TRÈS BIEN PASSÉE SANS
AUCUNS DOULEUR, CE QUE EST AUCUNO C'EST
SIGNIFICATIF.
JE TENS A REMERCIER TOUTE L'EQUIPE DU DOCTEUR
[REDACTED] POUR LEUR PATIENTS ET LEUR ACCUEIL.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON

[Signature]