

NOM : ██████████  
Commune : Colennes  
Date opératoire : 2/04/09

PRENOM : JANNAL  
Profession : gérant de société  
AGE : 45  
Adresse Mail :

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -2,75 (-0,25 à 0)  
OG : -2,75 (-0,25 à 165)

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

OD : 21/10 VS 12/10 Se soudevenant  
OG : 11/10

- 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 : 2H  
RECUPERATION DE LA VISION : 2H

\* 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)

Très bonne prise en charge par l'équipe  
Très bon suivi  
Génial de retrouver la vue

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE Y COMPRIS TEMOIGNAGE VIDEO

OUI  NON