

NOM [REDACTED]

PRENOM : Manuella AGE : 34 ans

Commune : Colombes

Profession : VENDEUSE AMBULANTE

Date opératoire : 15/07/10

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -4,50 (-1,50) à 0
OG : -4,25 (-1,50) à 175"

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

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

* L'OPERATION A-T-ELLE ETE DOULOUREUSE ?

OUI NON
 OUI EN PECU OUI TRES DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : des résultats au bout de quelques minutes

RECUPERATION DE LA VISION : petit voile vite le résultat, mais on constate très vite le résultat

* 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'est une opération à laquelle je pensais depuis quelques années. Je suis très satisfaite du résultat, on ne sent absolument rien, ça ne dure que quelques minutes et la récupération est très rapide. BRAVO !! et MERCI !!
DR [REDACTED] et toute son équipe.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON