

NOM : M [REDACTED] PRENOM : Nourin AGE :
Commune : Burg Werra Profession : /
Date opératoire : 30.12.08 Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : 3.50 (-3.50 + 2.5) 12L
OG : -3.25 (-1.25) 60 13

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

OD : 9/60
OG : 9/60

- 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)

Pour un deuxième jour après l'intervention ma vision s'améliore de plus en plus.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TMOIGNAGE (sans mentionner votre nom en clair)

- OUI NON