

NOM : ██████████

PRENOM : *Moukamed* AGE : *33*

Commune : *IGNY*

Profession : *gérant de société*

Date opératoire : *1/04/09*

Adresse Mail: ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *-1,50 (-0,25 à 20)*

OG : *-1,75 (-0,25 à 0)*

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

OD : *0*

OG : *0*

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 TRÈS DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : *24h*

RECUPERATION DE LA VISION : *24h*

* 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)

a conseiller a toute personne désireuse de ne plus avoir d'épée de Damoclès quant à la Recherche de ces chers lunettes.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON