

NOM : B. [REDACTED]

PRENOM : NADIA

Commune : BEZOU

Profession : RESTAURATRICE

Date opératoire : 10/03/08

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

-4 -4,25

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

10/10 10/10

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

PAS DU TOUT

OUI UN PEU OUI TRES DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : DE SUITE

RECUPERATION DE LA VISION :

* REGRETTEZ-VOUS CETTE OPERATION ?

OUI NON PAS DU TOUT

* 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 REVOLUTION. Les termes adéquats sont magnifiques, super et autres. Entièrement satisfaite, ma rate est de pouvoir aller sans l'eau en ouvrant bien grands les yeux sans me soucier de la perte d'une lentille. Conseil : FONCEZ.

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

OUI NON