

NOM : ██████████

PRENOM : *Natalie*

AGE : *33*

Commune : *Sucy en Brie*

Profession : *—*

Date opératoire : *24/03/09*

Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *-2,00 (-0,50 à +10)*

OG : *-2,00 (-0,25 à 65)*

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

OD : *10/10*

OG : *9/10* le lendemain

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 : *2h00*

RECUPERATION DE LA VISION : *2h00*

* 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)

Super impression ! A faire absolument sans attendre : pas de douleur pendant l'opération, très peu de gêne après. Equipe très sympa et rassurante

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE Y COMPRIS TEMOIGNAGE VIDEO

OUI NON