

NOM : ██████████ PRENOM : JEM AGE : 37 ans
Commune : Profession :
Date opératoire : 28/12/08 Adresse Mail: ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -3,50 (-1,75) à 93°
OG : -3,75 (-1,50) à 93°

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

OD : 10/20
OG : 10/20

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)

C'est incroyable ! Trois heures l'opération, je voyais parfaitement sans lunettes si il vous plait. C'est comme une nouvelle vie. Merci à tout l'équipe pour son professionnalisme.

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

OUI NON