

NOM : ██████████

PRENOM : Xavier

AGE : 40

Commune :

Profession : Directeur Général

Date opératoire : 23/11/09.

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 3,25 (-1,25) à 5°
OG : - 3,50 (-1,00) à 172°

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

OD : 19/60
OG : 3/2

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 : 5h
RECUPERATION DE LA VISION : Le soir

* 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)

- L'opération s'est très bien passée, bonne équipe, très bon équipement.
Le Dr ██████████ est de surcroît un très bon pédagogue; ce qui évite toute appréhension lors de l'opération.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON