

NOM : ██████████

PRENOM : Abdellkrim

AGE :

Commune :

Profession : *Professeur de Technologie & Systèmes*

Date opératoire : 27/01/2010

Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -2,25 (-0,50) à 5°
OG : -2,25 (-1,00) à 175°

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

OD : 2/10
OG : 2/10

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 : 5H

* 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)

Très bonne expérience, PS 2 sites Web manquant de visibilité sur google.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE OUI NON