

NOM : ██████████

PRENOM : AMEL

AGE : 36 ans

Commune : PANTIN

Profession : conseillère de vente

Date opératoire : 02/09/10.

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -2,50 (-1,00) à 45°

OG : -2,75 (-0,50) à 80°

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

OD : 10/10

OG : 10/10.

POUVEZ-VOUS VOUS DÉPLACER SANS LUNETTES OU LENTILLES ? OUI NON

POUVEZ-VOUS CONDUIRE SANS LUNETTES OU LENTILLES ? OUI NON

POUVEZ-VOUS TRAVAILLER SUR ORDINATEUR SANS CORRECTION ? OUI NON

X * 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 : après la sieste

RECUPERATION DE LA VISION : déjà de la sortie du bloc et 36 après c'est parfait

* 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)

Je vous conseille vivement cette le. Dr. c██████████, la qualité des soins, le suivi et l'accueil son excellent on est rassuré avant l'intervention et après, l'équipe est exelente. Je les remercie.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON