

NOM : ██████████

PRENOM : Cedric

AGE : 34 ans

Commune : Colombes

Profession : chef de projet informatique

Date opératoire : 04/02/2010

Adresse Mail: ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 1,00

OG : - 0,75 (-0,25) à 0°

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

OD :

OG :

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

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 : le soir même.

RECUPERATION DE LA VISION : 1 jour

* 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)

La qualité des soins, l'accueil et le suivi sont supérieures à mes attentes.
Je suis très surpris (agréablement) par l'absence de douleur. Le délai de
recupération est très court, ainsi que la vision de loin.
Mon expérience de lasik est très positive.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON