

NOM : ~~O~~

PRENOM : CINDY

AGE : 25 ans

Commune : Meulan (78)

Profession employée de Laboratoire

Date opZratoire :

Adresse Mail:

Enquete / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -2,75 (-0,25) à 0° 10/10^e | 12/10
OG : -2,75 (-0,25) à 0° 10/10^e

* APRES L'OPERATION : RESULTAT VISUEL (*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

* 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 : dès le lendemain

RECUPERATION DE LA VISION : le jour même (à 5h après l'opération)

* 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)

UN accueil vraiment super, des explications très claires, très bon suivi.
Vraiment aucun regret, c'est un miracle !!!
Je vois.
Merci à toute l'équipe.

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

OUI NON