

NOM : ██████████ PRENOM : Cristobal AGE : 22
Commune : Suresnes Profession : Etudiant - Apprenti Ingénieur
Date opératoire : 15/02/11 Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -4,00 (-0,75) à 160°

OG : -4,00 (-0,25) à 178°

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

OD : 10/40

OG : 10/10

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

X * L'OPERATION A-T-ELLE ETE DOULOUREUSE ?

OUI NON

OUI UN PEU OUI TRES DOULOUREUSE

légerement

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 1h

RECUPERATION DE LA VISION : 1h

* 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 tiens à remercier l'ensemble de l'équipe soignante pour leur chaleureux accueil et tout particulièrement le Docteur C█████████ pour la qualité de sa prestation.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON