

NOM : V [REDACTED]

PRENOM : Delphine

AGE : 23 ans

Commune : Caumont (92) Profession :

Date opératoire : 03 septembre 2008 Adresse Mail :

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -2,00

OG : -2,00

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

OD : 10/10

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

* 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 :

* 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)

pas de douleurs - le plus impressionnant est
la pression exercée sur l'œil - Pas de regrets .

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

OUI NON