

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Dorothee

AGE : 30 ans

Commune : PARIS

Profession : graphiste

Date opératoire : 6/01/2010

Adresse Mail : [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 3,00

OG : - 2,50 (-0,50) à 170°

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

OD : 10/10

OG : 9/10

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 : 5 ou 6 heures

RECUPERATION DE LA VISION : le soir même

\* REGRETTEZ-VOUS CETTE OPERATION ?

OUI  NON pas du tout

\* AUTRE COMMENTAIRE LIBRE (vos premières impressions avec cette nouvelle vision, votre expérience du lasik, qualité des soins, de l'accueil, du suivi)

Je suis ravi d'avoir réalisé cette opération.  
Tout a été très bien passé. L'équipe est rassurante et  
très sérieuse.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON