

NOM : ██████████ PRENOM : Gabriela AGE : 47 ans  
Commune : Verneuil 28 Profession : Secrétaire Comptable  
Date opératoire : 7/11/2011 Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD :  
OG :

\* 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 : 2 h 00

RECUPERATION DE LA VISION : 1 h 00

\* 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)

Merci beaucoup au Dr ██████████ d'avoir accepté de m'opérer  
et me donner un confort nouveau pour moi sans  
Correction. Accueil excellent.

Merci encore !  
(à toute l'équipe) 

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON