

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Guy

AGE : 45 ans

Commune : Bruxelles

Profession :

Date opératoire : 9/11/09

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : + 2 (-0.25 5 30)
OG : + 1.50

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

OD : 10/10 l2
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 : 4 Heures

RECUPERATION DE LA VISION : en sortant de la clinique

* 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)

Sans regret à refaire si nécessaire
Suivi soigné

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE Y

OUI NON