

NOM : C ~~XXXXXXXXXX~~

PRENOM : INDIANA

AGE : 29.

Commune : Paris 18^e

Profession

Date opératoire : 14 mai 2008

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -3,50

OG : -3,50

* APRES L'OPERATION : RESULTAT VISUEL (*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

plus ou moins

* 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 : 24H

RECUPERATION DE LA VISION : 24-48H

* 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)

Aucune douleur pendant et après l'opération
Après l'opération surprise.
Efficacité et simplicité pour quasi à priver !

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

OUI NON