

NOM : [REDACTED]

PRENOM : ISABELLE

AGE : 31

Commune : PARIS

Profession : ASSISTANTE COMMUNICATION

Date opératoire : 12/04/10

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 8,00

OG : - 7,00

* 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

* 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 : 1 journée
RECUPERATION DE LA VISION : 1 journée

* 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)

*Je suis très impressionné du résultat.
L'opération était très rapide. Quelques
picotements à la suite mais aucune douleur.
Vision nette dès le lendemain.
Très bon accueil. Ça ne change ! Merci !*

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE. OUI NON