

NOM : ██████████ PRENOM KARIMA AGE : 50

Commune : St Barthelemy Profession : MANAGER

Date opératoire : 14/07/2010 Adresse Mail: ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : +2,75 (+0,50) à 175
OG : +2,00

* 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 JOUR
RECUPERATION DE LA VISION : Immédiate -

* REGRETTEZ VOUS CETTE OPERATION ? OUI NON

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

quelques appréhensions avant l'opération,
mais vite dissipées car la récupération de
ma vision a été immédiate
incroyable expérience... une nouvelle vie,
une nouvelle vie... Merci.
Très sincèrement.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON