

NOM : ██████████
Commune : Montreuil
Date opératoire : 07/07/09

PRENOM : Lahassan
Profession : enseignant
Adresse Mail:

AGE : 39 ans

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 2,50 (-0,50) à 10,1° 10/10
OG : - 2,50 (-0,50) à 39° 10/10

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

OD : 12
OG : 10 | 12/W

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 EN PEU OUI TRES DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?
RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : 3h
RECUPERATION DE LA VISION : le soir

* 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)

Le doigté du chirurgien
est à la mesure de
toute chose.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE.

OUI NON