

NOM : ██████████

PRENOM : LUDIVINE

AGE : 37 ans.

Commune : PARIS

Profession :

Date opératoire : 31/08/2010

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -9,50 (-3,00) à 4°

OG : -7,75 (-3,7,5) à 8°

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

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

X * L'OPERATION A-T-ELLE ETE DOULOUREUSE ? OUI NON
 OUI UN PEU OUI TRÈS DOULOUREUSE

* COMBIEN DE TEMPS POUR RECUPERER ?

RECUPERATION DE LA GENE POST OPERATOIRE : quelques heures

RECUPERATION DE LA VISION : immédiatement dès le lendemain soir

* 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)

Résultat spectaculaire ! opération totalement indolore.
Je suis ravie.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON