

NOM : ██████████

PRENOM : LYNDA

AGE : 37 ans

Commune :

Profession : AVOCAT

Date opératoire : 07-06-2010

Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -2,75  
OG : -2,50 (-0,50) à 95°

\* 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

\* 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 : 2h  
RECUPERATION DE LA VISION : 2h

\* 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)

C'est une expérience que l'on apprécie au début, on a toujours un peu peur quand il s'agit des visions, cependant, je ne regrette absolument pas tout au contraire ! Le Docteur ██████████ est un excellent praticien, très professionnel, très rassurant, le personnel du cabinet est très attentionné et professionnel, Bravo et merci

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON