

NOM : G~~...~~

PRENOM : MARIE PIERRE AGE : 42 ans

Commune : Paris 16^e

Profession : Directrice

Date opératoire : 13/05/08

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD :

OG :

OD seulement

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

OD :

OG :

16/0

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 :

rapide

RECUPERATION DE LA VISION :

rapide.

* 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)

Seul point de liberté nouvelle.
Accompagnement de qualité pendant l'intervention
Explications précises et complètes permettant une prise de décision objective.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE (sans mentionner votre nom en clair)

OUI NON