

NOM : [REDACTED]

PRENOM : MARIE

AGE : 60

Commune : COURBEVOIE

Profession : ASSISTANTE DE DIRECTION

Date opératoire : 12/09/2011

Adresse Mail : [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD :  
OG :

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

OD :  
OG :

POUEZ-VOUS VOUS DEPLACER SANS LUNETTES OU LENTILLES ?  OUI  NON

POUEZ-VOUS CONDUIRE SANS LUNETTES OU LENTILLES ?  OUI  NON

POUEZ-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 : Quelques heures

RECUPERATION DE LA VISION : le jour même

\* 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)

Fantastique, tant par le résultat que par l'accueil au centre. Merci

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON