

NOM : ██████████ PRENOM : YOUNA AGE : 22
Commune : St ouen Profession : étudiante
Date opératoire : 23/06/09 Adresse Mail :

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -2,50 (-0,25) à 165° 10/10 -
OG : -2,50 (-0,25) à 170° 10/10 -

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

OD : 10 / 10
OG : 10 / 10

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

2 * 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 : assez rapidement
RECUPERATION DE LA VISION : Dans la soirée

* 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)

L'accueil a été vraiment chaleureux, et l'équipe
très gentil, je vous conseille ^{fermement} ce cabinet.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE.

OUI NON