

NOM : ██████████ PRENOM : NELSON AGE : 28
Commune : BEZONS Profession : MAÇON
Date opératoire : 25/1/2010 Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -1,50 (-2,00) à 23°
OG : -1,75 (-2,00) à 4°

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

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 : 6H

RECUPERATION DE LA VISION : TOUT DE SUITE

* 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)

Tout s'est très bien passé.
Je recommande aux personnes de le faire.
L'accueil était très bien.
L'opération était très rapide et efficace.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON