

NOM : ██████████

PRENOM : Rym

AGE : 26 ans

Commune : Colombes

Profession : chargée d'Affaires

Date opératoire : 14/09/2010

Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : - 5,00 (- 2,75) à 175

OG : - 3,75 (- 3,25) à 13"

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

OD : 9/10.

OG : 9/10.

no / binoe

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 :

dans l'après midi

RECUPERATION DE LA VISION :

debut de soirée

* REGRETTÉZ-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)

Je suis absolument ravie de mon opération et je la recommande sans hésitation.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON