

NOM : ██████████

PRENOM : Sakina

AGE : 31

Commune : Paris

Profession : assistante commerciale

Date opératoire : 9/02/09

Adresse Mail : ██████████

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -3,75 (-0,25 à -4,36) 9/10
OG : -3,50 (-0,50 à -5,5) 9/10

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

OD : 10
OG : 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

* 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 : 2 heures
RECUPERATION DE LA VISION : 8 heures

* 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)

Accueil remarquable.
qualité des soins irréprochable, beaucoup de sympathie de la part du docteur ██████████ et de son assistante.
Très bon suivi.
J'ai conseillé à des collègues qui hésite encore un peu, ils sont motivés.

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

OUI NON