

NOM : ██████████  
Commune : seaux  
Date opératoire : 2/03/09

PRENOM : Stéphane  
Profession : consultant  
Adresse Mail : m.██████████@gmail.com

AGE : 24

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -7,25      10  
OG : -2,75      10

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

OD : 10  
OG : 10 | 12h0 dès le lendemain

- 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 : lendemain.  
RECUPERATION DE LA VISION : eh après.

- \* 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)

Un très bon accueil, l'équipe est très agréable et explique et rassure beaucoup. La récupération est très rapide. Se recommande fortement, les résultats sont impressionnants.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE y compris VIDEO  OUI  NON

