

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Wolf. Diétez. AGE :

Commune :

Profession :

Date opératoire : 1/02/2010

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : + 2,50

OG : + 2,50

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

OD :

OG : 9/10

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 : le soir

RECUPERATION DE LA VISION : 2 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)

Centre très sympa, j'ai trouvé équipement technique très moderne, j'ai aimé le professionnalisme des médecins et la rapidité de la prise en charge.

Intervention très bien passée

Résultat super, les contacts. Je regrette de ne pas l'avoir fait avant.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON

[Signature]