

NOM :

PRENOM : *Alexandra* AGE :

Commune :

Profession :

Date opératoire : *26/05/14*

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : *-7,50 (-1,50) à 165°*

OG : *-9,25 (-1,00) à 180°*

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

OD : *10*

OG : *12*

POUEZ-VOUS VOUS DEPLACER SANS LUNETTES OU LENTILLES ? OUI NON

POUEZ-VOUS CONDUIRE SANS LUNETTES OU LENTILLES ? OUI NON

POUEZ-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 : *une après-midi*

RECUPERATION DE LA VISION : *4 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)

J'ai récupéré la vue en 4 heures environ. L'opération est véritablement indolore et très rapide. Les locaux sont très agréables. Le personnel est très compétent et à l'écoute des patients. Le Dr. [REDACTED] est très performant et ne fait pas de fausses promesses. Il prend le temps d'informer les patients et de répondre clairement et de manière exhaustive aux questions de ses patients. Je recommande vivement ce centre.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON