

NOM : ██████████

PRENOM : Aurélie

AGE : 23

Commune : Yvelines

Profession : Etudiante

Date opératoire : 21/01/2015

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -4,00 (-0,75) à 165°
OG : -3,50 (-0,50) à 35°

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

OD : 10
OG : 10 (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 jours

RECUPERATION DE LA VISION : ± 2 jours

* 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)

Tout le personnel est très compétent, rassurant & à l'écoute.
Très professionnel. A recommander vivement!
L'opération est très courte et le résultat brillant!

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE DE FACON ANONYME

OUI NON