

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Celia

AGE : 28ans

Commune :

Profession :

Date opératoire : 02/02/15

Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD : -5,25 (-0,25) à 70°
OG : -6,25

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

OD : 10 / 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 : ~~12h~~ 12h

RECUPERATION DE LA VISION : 12h

* 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 accueil agréable, une prise en charge très rapide
- Une expérience lasik réussie sans douleur et très rapide
- Un suivi attentif et régulier

Je suis extrêmement satisfaite de cette opération, merci à toute l'équipe.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE DE FACON ANONYME

OUI NON