

NOM : [REDACTED]

PRENOM : Manuel.

AGE : 34

Commune : Paris

Profession : M.T.M Spécialiste

Date opératoire : 26-05-2014

Adresse Mail: [REDACTED]

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD :

OG :

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

OD :

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 : 3/4 H

RECUPERATION DE LA VISION : 24H-

\* 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)

Paris en charge top, pendant tout le proces pré et post opératoire inclus suivi et conseils.  
Plus d'appréhension que de douleurs factuelles.  
Sans aucun regret.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON