

NOM : [REDACTED]

PRENOM : SEVELINE AGE : 31 ans

Commune : pitouls

Profession : Secrétaire Médicale

Date opératoire :

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 : 10
OG : 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 : Apres une bonne nuit de sommeil
RECUPERATION DE LA VISION : Apres une bonne nuit de sommeil

* 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)

Je suis ravi de cette opération.
Equipe disponible et très professionnelle et je remercie
encore le docteur [REDACTED] qui a réussi à me détendre
durant l'opération malgré ma grande anxiété. Chirurgien
très compétant, à l'écoute, adorable...

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI NON