

NOM : [REDACTED]

PRENOM :

ABINA  
Secrétaire

AGE : 53ans

Commune : ARESNEUIL

Profession :

Date opératoire : 03-03-10 Adresse Mail:

Enquête / QUESTIONNAIRE POST LASIK

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

OD :

OG :

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

OD : Bon

OG : Bon

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 : 1 jours.

RECUPERATION DE LA VISION : immédiat.

\* 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 n'ai pas d'anxiété à faire cette intervention  
elle était voulue pour mon moi être et la vie  
quotidienne c'est un bonheur de ne plus parler  
de lunettes.

AUTORISATION PUBLIER SUR NOTRE SITE VOTRE TEMOIGNAGE

OUI  NON