

## QUESTIONNAIRE DE VISITE

(version : 01/12/2020)

*Ce questionnaire est complété et signé par le visiteur lors de sa venue sur site.  
Ses réponses l'engagent*

### Identité du visiteur :

NOM .....

Prénom .....

Adresse.....

N° de téléphone : ..... / ..... /..... /..... /..... /

### Identité du patient / résident visité :

#### Service :

<input type="checkbox"/> EHPAD La Résidence de la Porte du Puycharraud	<input type="checkbox"/> Unité protégée	<input type="checkbox"/> USLD / EHPAD2	<input type="checkbox"/> SSR
---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------

NOM .....

PRENOM .....

N° de chambre :.....

#### Date et horaire de la visite

Date ...../...../ 2020

Horaire de la visite : .....H.....

*Je déclare sur l'honneur que les informations communiquées ci-dessus sont exactes et que j'ai complété l'auto-questionnaire de santé*

Date : ...../...../ 2020

Signature du visiteur :