

Die nachfolgenden Regelungen beruhen auf der Sächsischen Corona-Schutz-Verordnung vom 03.06.2020.

Das Städtische Klinikum Dresden ist entsprechend der Sächsischen Corona-Schutz-Verordnung verpflichtet, Hygienemaßnahmen für Besucher festzulegen und von allen Besucherinnen und Besuchern Kontaktdaten zu erheben, damit bei Bedarf Infektionsketten nachvollzogen werden können. (§§ 6(2) und 7(1) SächsCoronaSchVO)

Im Städtischen Klinikum gelten folgende Hygieneregeln:

- **Besuchszeiten sind von 15:00 bis 18:00 Uhr oder nach vorheriger Absprache mit der Station.**
- In Klinikgebäuden besteht die Pflicht zum Tragen eines Mund-Nase-Schutzes.
- Zum Betreten einer Station muss jeder Besucher seine Hände desinfizieren.
- Prinzipiell ist ein Mindestabstand von 1,5 Meter zu allen anderen Patienten und dem Klinikpersonal einzuhalten
- Es darf nur **1 Besucher 1 Patienten für 1 Stunde pro Tag** besuchen.
Ausnahmen: Bei Patienten in besonderen medizinischen Situationen (präfinale Patienten, Überbringen schwerwiegender Befunde, Angehörige als Kommunikationshilfe) können nach Rücksprache mit dem Klinikpersonal Ausnahmen gemacht werden.
- Für COVID-19-Patienten gilt weiterhin das Besuchsverbot.

Bitte füllen Sie die folgenden Felder in Druckschrift aus!

Besucher Patient	
Name, Vorname: _____	
geb.:	_____
Station:	_____
Zeit des Besuchs: von	_____ bis _____

Besucherangaben

Name, Vorname: _____

Email-Adresse: _____ @ _____
oder

Tel.-Nummer: _____

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen wahrheitsgemäß und vollständig

Ein Besuch ist nur möglich, wenn alle Angaben mit nein beantwortet werden können.

Haben Sie heute oder in den vergangenen zwei Tagen unter einem dieser Symptome gelitten?

Symptome	Ja	Nein
Fieber $\geq 38,0$ °C:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot/Atembeschwerden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust /Abschwächung des Geruchs- oder Geschmackssinn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel-/Gliederschmerzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage persönlichen direkten Kontakt zu einem Menschen mit einer bestätigten COVID-Erkrankung?

Ja Nein

Ich habe die allgemeinen Informationen zur Kenntnis genommen:

Datum, Unterschrift Besucherin/Besucher

Hinweis: Dieses Dokument dient ausschließlich der Nachvollziehbarkeit von möglichen Infektionsketten und wird nach 30 Tagen nach Maßgabe der gültigen Datenschutzgesetze vernichtet.