

**Beim Arzt: Wer sagt was? Ordnen Sie zu:**

	<b>Arzt</b>	<b>Patient</b>
1. Wo tut es Ihnen weh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe Fieber/Grippe /Husten/ Schnupfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hier tut es weh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wo haben Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich schreibe Ihnen ein Rezept.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Seit Montag / Dienstag / ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ruhnen Sie sich aus!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kann ich arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Rauchen Sie nicht!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin krank/ erkältet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Trinken Sie keinen Alkohol!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kann ich Sport machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Was fehlt Ihnen denn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mir ist schlecht/ nicht gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Arbeiten Sie nicht!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Machen Sie keinen Sport!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich habe ...-schmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Schlafen Sie viel!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich brauche ein Rezept für ... .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Nehmen Sie alle zwei Stunden 15 Tropfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Nehmen Sie die Tropfen dreimal täglich zum Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich brauche eine Krankmeldung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wie lange haben Sie das schon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Nein, auf keinen Fall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich schreibe Sie bis Freitag krank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sie brauchen Ruhe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich schreibe Ihnen eine Überweisung zum Röntgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Mein Bein/Arm ... tut weh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Haben Sie Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>