

**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. Ruhen 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"/> |