

Gesprochene Sprache in der Medizin

A. D O K T O R (der Arzt / die Ärztin)

A.1. Die erste Begegnung

Hallo, herzlich Willkommen!

Mein Name ist... / Ich heiße...

Wie lauten Ihr Name und Familienname?

Es freut mich, Sie kennenzulernen.

Bitte nehmen Sie Platz.

Wie geht es Ihnen?

Danke. / Dankeschön.

Woher stammen Sie? Woher kommen Sie?

Ich stamme aus... / Ich komme aus...

Wo wohnen Sie?

Was für einen Beruf üben Sie aus? / Was machen Sie beruflich?

Wie kann ich Ihnen behilflich sein? / Wie kann ich Ihnen helfen?

Ich höre Ihnen zu.

Können Sie mich verstehen?

Es tut mir leid, ich kann Sie nicht verstehen.

Können Sie das bitte wiederholen?

Bitte sprechen Sie langsam.

Ich spreche Ihre Sprache nicht.

Können Sie Ihre Frage bitte wiederholen ?

A.2. Die Krankengeschichte (Die medizinische Vorgeschichte)

Wie alt sind Sie?

Ich bin 21 Jahre alt.

Was ist Ihr Leiden?

Was ist mit Ihnen los?

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Wann haben Sie es zum ersten Mal bemerkt?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Diese Beschwerde habe ich seit drei Monaten.

Meine Beschwerden haben sich im vergangengen Monat noch verschlechtert.

Wann haben Sie den Schmerz zum ersten Mal gefühlt?

Wann haben die Symptome angefangen?

Haben Sie sonstige Veränderungen bemerkt?

Gibt es jemandem in Ihrer Umgebung mit ähnlichen Beschwerden ?

Haben Sie noch weitere Beschwerden?

Ich habe keine weiteren Beschwerden.

Wie oft?

| |
|---|
| ... Mal am Tag. |
| Ich habe Schmerzen. |
| Wurden Sie deshalb schon behandelt? |
| Haben Sie Medikamente eingenommen? |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? |
| Können Sie mir Ihre Medikamente zeigen? |
| Wer hat Ihnen diese Medikamente verschrieben? |
| Haben Sie eine chronische Krankheit? |
| Haben Sie Probleme mit dem Herzen? |
| Hatten Sie jemals ähnliche Schmerzen? |
| Hatten Sie schon einmal ähnliche Beschwerden? |
| Hat man bei Ihnen schon mal eine Angiographie gemacht? |
| Hatten Sie schon einmal eine Kataraktoperation? |
| Haben Sie sich Ihren Kopf gestoßen? |
| Haben Sie sich nach dem Stoß übel gefühlt oder mussten Sie erbrechen? |
| Wann ist es passiert? |
| Wurden Sie schon mal operiert ? |
| Haben Sie schon einmal eine Vollnarkose bekommen? |
| Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion bekommen? |
| Welche Blutgruppe haben Sie? |
| Haben Sie eine Vorerkrankung, von der wir wissen sollten? |
| Tragen Sie eine Prothese? |
| Tragen Sie eine Zahnprothese? |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? |
| Tragen Sie ein Metallimplantat? |
| Gibt es Familienmitglieder mit ähnlichen Beschwerden? |
| Haben Sie Alkohol getrunken? |
| Rauchen Sie? |
| Haben Sie Blut im Stuhl? |
| Ist Ihnen Schleim in Ihrem Stuhlgang aufgefallen? |
| Wann haben Sie zuletzt etwas gegessen? |
| Wann haben Sie zuletzt etwas getrunken? |
| Wann hatten Sie das letzte Mal Ihre Regelblutung? |
| Könnten Sie schwanger sein? |
| Haben Sie Schmerzen beim Sex? |
| Wie lange dauert Ihre Periode? |
| Hatten Sie jemals Nierensteine? |
| Können Sie den Schmerz genau lokalisieren? |
| Wann haben die Schmerzen angefangen? |
| Verbreitet sich der Schmerz? |

| |
|---|
| Gibt es etwas das den Schmerz lindert? |
| Gibt es etwas, das den Schmerz verschlimmert? |
| Haben Sie noch andere nennenswerte Beschwerden? |
| Hatten Sie Blähungen? |
| Hatten Sie Stuhlgang? / Konnten Sie normal auf die Toilette gehen? |
| Haben Sie irgendein Medikament eingenommen? |
| Wie viele Damenbinden haben Sie verbraucht? |
| Wie häufig kommen die Wehen? |
| Fühlen Sie die Bewegungen des Babys? |
| Ist Ihre Fruchtblase geplatzt? |
| Wann haben Sie das Baby zuletzt gestillt / gefüttert? |
| Seit wann leiden Sie darunter? |
| Haben Sie einen besonders starken Harndrang? |
| Benutzen Sie Kontaktlinsen? |
| Was tut Ihnen ganz genau weh? |
| Wie haben Sie sich verletzt? / Wie haben Sie sich diese Verletzung zugezogen? |
| Ich kann nicht aus dem Bett aufstehen. |
| Mir tut es überall weh. |
| Ich fühle mich schlapp. |
| Ich habe keine Kraft. |
| Mir ist ständig schwindelig. |
| Ich kann nicht gehen. |
| Ich fühle mich die ganze Zeit schläfrig. |
| Die Verletzung ist bei einem Autounfall entstanden. |
| Ich habe mich beim Hinfallen verletzt. |
| Die Verletzung habe ich mir beim Tauchen zugezogen. |
| Ich bin von einem Stuhl heruntergefallen. |
| Ich hatte einen Unfall. |
| Ich wurde von einer Schlange gebissen. |
| Ich wurde von einem Hund gebissen. |
| Mein Gesicht tut mir sehr weh. |
| Meine Haut ist eingerissen. |
| Ich habe keinen Appetit. |
| Ich habe keinen großen Appetit. |
| Ich habe meinen Knöchel (Handgelenk) verletzt. |
| Ich habe mich am Bein verletzt. |
| Ich habe mich am Arm verletzt. |
| Ich habe mich am Kopf verletzt. |
| Mein Kind ist vom Bett gefallen. |
| Sind Sie gegen irgendetwas allergisch? |
| Ich bin gegen ... allergisch. |

| |
|---|
| Ich habe keine Allergie. / Ich bin nicht allergisch. |
| Ich leide unter Zuckerkrankheit. / Ich bin Diabetiker/in. |
| Ich friere. / Mir ist kalt. |
| Mir ist warm / heiß. |
| Ich bin erkältet. / Ich habe eine Erkältung. |
| Ich kann nicht atmen. |
| Mein Bauch tut weh. |
| Ich habe einen Sonnenbrand. |
| Ich habe Kopfschmerzen. |
| Ich habe Halsschmerzen. |
| Ich habe Bauchschmerzen. |
| Ich habe Ohrenschmerzen. |
| Ich habe Zahnschmerzen. |
| Ich habe Rückenschmerzen. |
| Ich bin krank. |
| Ich habe Fieber. |
| Mir ist übel. |
| Ich habe Husten. |
| Ich kann nicht schlafen. |
| Ich zittere. |
| Ich zittere vor Kälte. |
| Ich kann nicht sprechen. |
| Ich bin heiser. |
| Ich habe einen Hautausschlag. |
| Ich habe mich am Arm geschnitten. |
| Ich habe Durchfall. |
| Ich habe Verstopfung. |
| Ich blute. |
| Ich kann meinen Arm und mein Bein nicht bewegen. |
| Mein Bein ist gebrochen. |
| Mein Arm ist gebrochen. |
| Ich habe mich am Arm verbrannt. |
| Ich habe mich am Bein verbrannt. |
| Ich habe mich selbst verletzt. |
| Ich bin operiert worden. |
| Ich nehme diese Medikamente ein. |
| Ich habe diese Medikamente eingenommen. |
| Mussten Sie sich übergeben? |
| Ich habe mich übergeben. |
| Ich habe Bauchschmerzen. |
| Haben Sie diesbezüglich etwas unternommen? |

| |
|--|
| Haben Sie Probleme mit Ihrem Finger? |
| Hat es Ihnen genutzt? |
| Wann ist es weg gegangen (geheilt) ? |
| Was hat Ihnen am meisten geholfen? |
| Wie groß sind Sie? |
| Nehmen Sie irgendwelche Pillen ein? |
| Mein Nacken / Hals tut weh. |
| Wie fühlen Sie sich im Moment? |
| Ich fühle mich nicht gut. |
| Ich fühle mich noch schlechter. |
| Es geht mir besser. |
| Ich fühle mich kraftlos / schwach. |
| Verspüren Sie einen Brechreiz? |
| Bringen Sie dieses Problem mit Ihren Essgewohnheiten in Verbindung? |
| Essen Sie regelmäßig? |
| Was haben Sie gestern gegessen? |
| Haben Sie in der letzten Zeit viel kalte Getränke getrunken? |
| Ist Ihre Arbeit sehr stressig? |
| Treiben Sie regelmäßig Sport? |
| Tragen Sie Kontaktlinsen? |
| Ich trage Kontaktlinsen. |
| Meine Augen schmerzen. |
| Ich sehe schwarze Punkte vor meinen Augen. |
| Meine Augen brennen. |
| Ich verspüre Schmerzen in meinen Augen. |
| Ich sehe alles verschwommen? |
| Ich kann nicht sehr gut in die Weite sehen. |
| Während des Unterrichts kann ich die Tafel nicht klar sehen. |
| Ich bin zum Arzt / zur Ärztin gegangen und er / sie hat mir eine Brille und Augentropfen verschrieben. |
| Meine Augen tränen. |
| Ich habe eine Schwellung unter meinem Auge. |
| Meine Bindehaut ist entzündet. |
| Ich habe ein Medikament gegen Bindehautentzündung verwendet, aber die Entzündung ist nur schlimmer geworden. |
| Ich fühle mich jeden Tag gestresst. |
| Ich kann Lärm nicht aushalten. |
| Ich möchte nur an einem ruhigen Ort sein. |
| Ich nehme Medikamente gegen Leistenbruch und Arthritis. |
| Mein Arm tut weh. |
| Mein Hals tut weh. |
| Mein Handgelenk tut weh. |
| Ich habe Schmerzen im Rücken. |

| |
|---|
| Meine Muskeln schmerzen. |
| Meine Knie schmerzen. |
| Ich habe Hämorrhoiden und es ist sehr schmerzhaft. |
| Mein rechtes Ohr schmerzt. |
| Ist es schmerzhaft? |
| Es ist sehr schmerzhaft. |
| Fühlen Sie jetzt irgendwelche Schmerzen? |
| Meine Schmerzen sind weg. |
| Wo tut es weh? |
| Wo haben Sie Schmerzen? |
| Ist der Schmerz örtlich begrenzt? |
| Unter den linken Rippen fühle ich einen Schmerz. |
| Ist der Schmerz stark? |
| Wo genau tut Ihr Bauch weh? |
| Mein Bauch tut dort unten weh, auf der rechten Seite. |
| Der Schmerz ist nicht immer da - er geht weg und kommt dann wieder. |
| Haben Sie Fieber? |
| Seit wann sind Sie fiebrig? |
| Ich bin seit gestern Abend fiebrig. |
| Husten Sie? |
| Ich huste ein bisschen. |
| Ich huste nicht. |
| Ich habe keinen Husten. |
| Ich habe einen trockenen Husten. |
| Niesen und schnupfen Sie? |
| Haben Sie Schwierigkeiten beim Atmen? |
| Ich habe Migräne. |
| Mir ist schwindelig. |
| Ich fühle mich, als müsste ich mich gleich übergeben. |
| Mir ist übel. |
| Ich übergebe mich. |
| Es ist Blut in meinem Speichel. |
| Beim Kämmen tun mir meine Haarwurzeln weh. |
| Ich leide jetzt seit 2 Tagen an Durchfall. |
| Es juckt mich. |
| Ich fühle einen brennenden Schmerz in meiner Brust. |
| A.3. Die körperliche Untersuchung |
| Bitte beruhigen Sie sich! |
| Ich werde Ihre Größe messen. |
| Ich werde Sie wiegen. |

| |
|--|
| Ich werde Ihren Blutdruck messen. |
| Ich werde bei Ihnen Fieber messen. |
| Bitte ziehen Sie sich aus. |
| Bitte ziehen Sie Ihre Kleider aus. |
| Bitte ziehen Sie Ihr Hemd einmal hoch. |
| Bitte ziehen Sie Ihre Unterwäsche aus. |
| Bitte ziehen Sie Ihre Schuhe aus. |
| Bitte ziehen Sie diesen Kittel an. |
| Ich werde Sie untersuchen. |
| Ich werde Ihre Brust abhören. |
| Bitte atmen Sie tief ein und aus. |
| Bitte husten Sie! |
| Atmen Sie einmal ganz tief ein, bitte. |
| Halten Sie die Luft an. |
| Atmen Sie bitte aus. |
| Schlucken Sie Ihren Speichel hinunter. |
| Legen Sie sich bitte hin. |
| Legen Sie sich auf Ihren Bauch. |
| Legen Sie sich auf Ihren Rücken. |
| Legen Sie sich hierher, bitte. |
| Legen Sie sich bitte auf Ihren Bauch. |
| Drehen Sie sich um. |
| Drehen Sie sich herum. |
| Drehen Sie sich nach rechts. |
| Drehen Sie sich nach links. |
| Legen Sie sich auf Ihre linke Seite. |
| Setzen Sie sich hin. |
| Stehen Sie auf. |
| Zeigen Sie mir, wo der Schmerz ist. |
| Öffnen Sie bitte Ihren Mund! |
| Sagen Sie: "A-a-a"! |
| Bewegen Sie sich nicht. |
| Beugen Sie Ihren Arm nicht. |
| Strecken Sie Ihren Arm aus. |
| Halten Sie die Arme über Ihrem Kopf. |
| Stehen Sie nicht auf. |
| Drücken Sie Ihre Finger fest zusammen und lassen Sie wieder los. |
| Machen Sie eine Faust. |
| Drücken Sie mir Ihrer Hand. |
| Ziehen Sie bitte! |
| Drücken Sie bitte! |

| |
|---|
| Beugen Sie bitte! |
| Kommen Sie auf diese Seite. |
| Rufen Sie mich, wenn Sie bereit sind. |
| Rücken Sie noch ein bisschen nach oben. |
| Ziehen Sie Ihre Knie an Ihren Bauch hoch. |
| Nehmen Sie Ihre Brille ab. |
| Machen Sie Ihre Augen zu. |
| Öffnen Sie Ihre Augen. |
| Sehen Sie das rote Licht an. |
| Bewegen Sie Ihre Augen nicht. |
| Drücken Sie den Knopf wenn Sie die Punkte sehen. |
| Folgen Sie meinem Finger. |
| Sehen Sie den Bildschirm an. |
| Sehen Sie diese Buchstaben? |
| Ich kann sie nicht deutlich sehen - sie sind zu klein (die Buchstaben). |
| Welche Zahl ist das? |
| Ich habe Schwierigkeiten die Zahl zu sehen. |
| Sehen Sie das Kreuzzeichen an. |
| Wenn Sie mich hören können, drücken Sie meine Hand. |
| Können Sie mich hören? |
| Drehen Sie Ihren Kopf. |
| Beugen Sie Ihren Kopf. |
| Heben Sie Ihre Schultern und bleiben Sie in dieser Position. |
| Heben Sie Ihre Beine ohne Ihre Knie zu beugen. |
| Bewegen Sie nicht Ihre Füße. |
| Drehen Sie Ihren Fuß auf eine Seite. |
| Sprechen Sie nicht. |
| Bewegen Sie sich nicht. |
| Ich werde Ihren Herzschlag abhören. |
| Ich werde den Herzschlag des Babys abhören. |
| Sagen Sie mir, wenn es weh tut. |
| Ich werde Ihren Augendruck messen. |
| Ich werde Ihnen eine Spritze geben. |
| Ich werde eine Halskultur abtupfen. |
| Ich werde eine Urinprobe nehmen. |
| Es blutet. |
| Ich habe eine Narbe an meinem Körper. |
| Tut es hier weh? |
| Das könnte jetzt ein bisschen weh tun. |
| Es tut weh. |
| Haben Sie hier Schmerzen? |

| |
|--|
| Strecken Sie die Zunge raus! |
| Sie haben Ihr Bein gebrochen. |
| Sie haben Ihren Arm gebrochen. |
| Wo fühlen Sie den Schmerz? |
| Meine Mandeln tun weh. |
| Sehen Sie zum Bildschirm - können Sie die hellen Punkte sehen? Das ist die entzündete Stelle. |
| Ich werde Ihren Magen abtasten. |
| Ich werde ein EKG machen. |
| Ich werde dieses Instrument benutzen um den Fremdkörper zu entfernen. |
| Ziehen Sie Ihre Kleider an. |
| Bitte warten Sie draußen! |
| A.4 Informationen und Vorschläge an den Patienten, medizinische Tests und Verschreibung von Medikamenten. |
| Ich werde Ihnen einen Termin geben. |
| Bitte warten Sie im Zimmer! |
| Bitte bleiben Sie im Bett! |
| Wir werden Sie einige Zeit beobachten. |
| Wir müssen vielleicht 6 Stunden abwarten. |
| Lassen Sie uns Ihre Röntgenaufnahme betrachten. |
| Ein Facharzt sollte Sie noch einmal untersuchen. |
| Sie müssen ins Krankenhaus eingewiesen werden. |
| Sie müssen auf Station gebracht werden. |
| Sie müssen ins Krankenhaus. |
| Im Krankenhaus wird man Ihnen helfen können. |
| Unsere Klinik ist hier in der Nähe. |
| Das könne Ihnen schaden. |
| Es darf nicht warten. |
| Es muß möglichst bald behandelt werden. |
| Es ist dringend! |
| Sie müssen operiert werden. |
| Ich empfehle eine Operation. |
| Morgen werden Sie operiert. |
| Ihr Blinddarm muss entfernt werden. |
| Wir müssen an den Mandeln operieren. |
| Wenn Sie die Behandlung verweigern müssen Sie dieses Formular unterschreiben. |
| Die Verantwortung kann ich nicht übernehmen. |
| Wenn alles wie geplant läuft können Sie in 3 (drei) Tagen entlassen werden. |
| Sie können nicht entlassen werden. |
| Sie haben eine Schnittwunde. |
| Die Schnittwunde muß genäht werden. |
| Nach der OP (Operation) werden Sie auf Ihr Zimmer gebracht. |

| |
|---|
| Die Operation ist vorbei, alles ist sehr gut verlaufen. |
| Sie befinden sich auf der Intensivstation. |
| Ihr Patient befindet sich auf der Intensivstation. |
| Sie werden einige Zeit hier bleiben. |
| Die Ergebnisse sind normal. |
| Sie brauchen kein Rezept. |
| Ich gebe Ihnen keine Medikamente. |
| Sie benötigen keine Medikamente. |
| Ich werde Ihnen ein Rezept verschreiben. |
| Ihr Blutdruck ist zu niedrig. |
| Sie haben hohen Blutdruck. |
| Machen Sie sich keine Sorgen, in 2-3 Tagen werden Sie sich besser fühlen. |
| Wenn Sie ein Problem haben rufen Sie mich an. |
| Sie können noch nicht fliegen. / Sie sind noch nicht flugbereit. |
| Bitte geben Sie eine Urinprobe ab. |
| Sammeln Sie Ihren Urin über einen Zeitraum von 24 Stunden. |
| Bitte geben Sie eine Probe Ihres Stuhlganges ab. |
| Hier sind Ihre Überweisungspapiere für das Labor. |
| Vor den Untersuchungen (Tests) sollten Sie nichts essen. |
| Es besteht Strahlungsgefahr. |
| Es besteht keine Strahlungsgefahr. |
| Es ist für Schwangere gefährlich. |
| Es gibt nichts zu fürchten. |
| Sie brauchen sich keine Sorgen zu machen. |
| Sie haben eine Blinddarmentzündung. |
| Sie haben einen Rachenkatarrh. |
| Sie haben einen chronischen Rachenkatarrh. |
| Sie haben eine akute Bindehautentzündung. |
| Ihr unteres Augenlid ist entzündet. |
| Sie haben Gastritis. Das Problem könnte unregelmäßige Mahlzeiten sein. |
| Sie haben eine Nasenrachenraumentzündung. |
| Sie haben eine Verstauchung. |
| Sie haben einen Leistenbruch. |
| Sie haben Rheumatismus. |
| Sie haben äußerliche Hämorrhoiden. |
| Ihr Bein ist nicht gebrochen. |
| Ihr Bein ist nicht verstaucht. |
| Ihr Handgelenk ist nicht gebrochen. |
| Das ist eine Sommergrippe. |
| Das Problem liegt nicht an Ihrem Rücken sondern an Ihren Muskeln. |

| |
|--|
| Ihre Kurzsichtigkeit hat zugenommen, Sie brauchen eine neue Brille. |
| Sie sollten keine kalten Getränke trinken! |
| Sie sollten keinen schwarzen Tee trinken. |
| Bitte trinken Sie reichlich Wasser. |
| Essen oder trinken Sie nicht nach Mitternacht. |
| Essen Sie 8 (acht) Stunden lang nichts. |
| Sie sollten keine würzigen oder salzigen Speisen zu sich nehmen! |
| Sie müssen / (sollten) abnehmen. |
| Sie sollten eine Diät machen. |
| Ein/e Ernährungsberater/in wird Ihre Diät zusammen stellen. |
| Sie dürfen nicht rauchen und keine scharfen Lebensmittel essen! |
| Trinken Sie keinen Alkohol. |
| Trinken Sie warme Getränke! |
| Trinken Sie Kräutertee. |
| Ihren Mandeln zuliebe trinken Sie Ihre Getränke lauwarm - weder heiß noch kalt. |
| Halten Sie Ihre Diät ein. |
| Gehen Sie 3 Mal am Tag spazieren. |
| Sie müssen sich 3 Tage erholen. |
| Ich werde Sie 3 Tage krank schreiben. |
| Ruhen Sie sich ordentlich aus. |
| Sie müssen 5 Mal pro Tag Atemübungen machen. |
| Schwimmen Sie 2 Tage lang nicht. |
| Halten Sie Ihren Kopf außer Wasser. |
| Sie können schwimmen. |
| Sie sollten kein Basketball oder Fußball spielen. |
| Sie müssen eine Kältekomresse auflegen. |
| Sie müssen eine Wärmekomresse auflegen. |
| Es könnte eine Fraktur sein. |
| Wir müssen Ihr Handgelenk fixieren. |
| Es ist kein ernsthaftes Problem. Sie haben wohl lange Zeit im Luftzug gesessen. Das ist alles. |
| Es könnte sich für einige Tage gelb färben. |
| Für das Bein und den Arm werden wir mit Krankengymnastik beginnen. |
| Für den Hals werden wir keine Krankengymnastik machen. |
| Massieren Sie den Schmerzpunkt. |
| Halten Sie sich warm! |
| Sie werden sich vielleicht schwindelig fühlen. |
| Ich werde Ihnen eine Harnsonde legen. |
| Ich werde Ihre Infusion wechseln. |
| Gehen Sie nicht auf die Toilette. |
| Halten Sie Ihre Wunde trocken. |

| |
|---|
| Ich werde Ihre Wunde versorgen. |
| Wir werden einen Verband anlegen. |
| Halten Sie sich nicht in der Sonne auf. |
| Gehen Sie nicht unter Leute! |
| Sie werden einige Stunden verschwommen sehen. |
| Wenn Sie ein Medikament anwenden, hören Sie auf, die Linsen zu tragen. |
| Tragen Sie für eine Weile statt der Linsen eine Brille. |
| Wenn die Tropfen nicht nützen, werden Sie eine Brille tragen müssen. |
| Sie sind mit ... infiziert. |
| Ich werde Ihnen ein Antibiotikum verschreiben. |
| Ich werde Ihnen ein Medikament verschreiben. |
| Nehmen Sie das Medikament regelmäßig ein. |
| Wenn Sie Medikamente einnehmen, dürfen Sie nicht Auto fahren und keinen Alkohol trinken. |
| Wenn Sie schwanger sind, dürfen Sie das Medikament nicht einnehmen. |
| Nehmen Sie das Medikament so ein wie auf der Packung beschrieben. |
| Sämtliche Informationen Ihre Behandlung betreffend sind in Ihrem medizinischen Bericht festgehalten. |
| Nehmen Sie diese Pillen! |
| Nehmen Sie alle 4 Stunden 2 Stück. |
| Ich werde Ihnen Tabletten verschreiben. Nehmen Sie sie 3 x (Mal) am Tag mit Flüssigkeit ein. |
| Sie müssen mit gurgeln. |
| Es wird Ihnen gut tun. |
| Ich werde eine Injektion pro Tag verschreiben. |
| Ich werde Ihnen 3 Vitamin-B-Injektionen verschreiben - nehmen Sie eine täglich. |
| Ich werde eine Salbe verschreiben. Massieren Sie sie 2 Mal am Tag in die Haut ein. |
| Ich werde für Ihre Nase eine Salbe und für Ihren Husten einen Saft verschreiben. |
| Verwenden Sie die Salbe regelmäßig. |
| Ich werde Ihnen ein Spray verschreiben. Spühren Sie es alle 6 Stunden in Ihren Rachen. |
| Ich werde Ihnen Tropfen verschreiben. |
| Ich werde Ihnen ein Spray verschreiben. Wenden Sie es 2 Mal am Tag an. |
| Für Ihre Magenentzündung werde ich Tabletten verschreiben. |
| Ich werde Ihnen ein Antibiotikum verschreiben und ich denke, innerhalb von einer Woche wird die Entzündung zurückgehen. |
| Für Ihre Augen werde ich Tropfen und eine Salbe verschreiben. Wenden Sie die Tropfen 5 und die Salbe 3 Mal am Tag an. |
| Ich verschreibe Ihnen Vitamin C, ein Antibiotikum und für Ihre Nase ein Spray. |
| Ich werde Vitamin B und eine Salbe für Ihre Gelenke verschreiben. |
| Wenden Sie die Behandlung an und kommen Sie innerhalb von 15 Tagen noch einmal zu mir. |
| Nehmen Sie Ihre Medikamente und in einer Woche sehen wir weiter. |
| Kommen Sie in 15 Tagen wieder zur Kontrolle. |
| Die Behandlung ist beendet. |
| Lassen Sie mich wissen, wie es Ihnen morgen geht. |
| A. 5 Fragen und Wünsche des Patienten |

| |
|---|
| Ich bin krankenversichert, benötigen Sie meine Versicherungskarte? |
| Benötigen Sie meine Ausweisnummer? |
| Brauchen Sie meine Adresse? |
| Gibt es in der Arztpraxis eine Krankenschwester? |
| Muss ich ins Krankenhaus? |
| Wie ist mein gesundheitlicher Zustand? |
| Bin ich gesund? |
| Was ist los mit mir? |
| Bitte geben Sie mir ein bisschen Auskunft. |
| Wann werde ich die Ergebnisse erhalten ? |
| Muss ich im Krankenhaus bleiben? |
| Kann ich meine Verwandten anrufen? |
| Können Sie bitte einen Krankenwagen bestellen? |
| Kann ich eine Schönheitsoperation in Anspruch nehmen? |
| Können Sie mir ein Attest schreiben ? |
| Können Sie mir etwas Wirksames verschreiben? |
| Was soll ich machen? |
| Wird es helfen? |
| Wann soll ich zur Kontrolle kommen? |
| Wann werde ich wieder völlig gesund sein? |
| Wann werde ich wieder gesund (okay) sein? |
| Ist es etwas Schlimmes? |
| Ist es ernsthaft ? |
| Bitte beraten Sie mich zu allen Möglichkeiten - der Preis spielt keine Rolle. |
| Gibt es irgendeine Alternative? |
| Was empfehlen Sie? |
| Was wäre das Beste für mich? |
| Was kostet es? |
| Können Sie mir helfen? |
| Werde ich sterben? |
| Wird es mir bald wieder besser gehen? |
| Ist diese Krankheit ansteckend? |
| Wie lange muss ich im Bett bleiben? |
| Wann werde ich entlassen? |
| Soll ich mich krank melden? |
| Muss ich ausruhen? |
| Kann ich arbeiten? |
| Wann kann ich wieder zur Arbeit gehen? |
| Wann soll ich wiederkommen? |
| Wann darf ich fliegen? |
| Wann darf ich essen? |

| |
|---|
| Wie lange darf ich nichts essen und trinken? |
| Was darf ich nicht essen? |
| Muß ich eine Diät machen? |
| Wie lange darf ich nicht schwimmen? |
| Wann darf ich wieder Sport machen? |
| Welche Übungen helfen mir die Rückschmerzen zu lindern? |
| Wozu dient dieses Gerät? |
| Wie wird die Behandlung fortgesetzt? |
| Wie oft soll ich zur Behandlung kommen? |
| Werden Sie mir irgendwelche Pillen verschreiben? |
| Darf ich meine regulären Medikamente weiter einnehmen? |
| Welche Behandlung oder Medikamente soll ich einnehmen? |
| Muss ich Medikamente einnehmen? |
| Welche Art Arznei soll ich einnehmen? |
| Wo kann ich diese Medikamente bekommen? |
| Kann ich diese Medikamente ohne Rezept kaufen? |
| Wie lange soll ich Medikamente einnehmen? |
| Wie oft soll ich die Pillen einnehmen? |
| Wie oft und in welcher Dosis soll ich die Medikamente einnehmen? |
| Soll ich die Pillen morgens oder abends einnehmen? |
| Soll ich die Pillen vor oder nach dem Abendessen einnehmen? |
| Muss ich die Medikamente vor oder nach den Mahlzeiten einnehmen? |
| Wie schnell schlägt das Medikament an? |
| Welche Nebenwirkungen hat das Medikament? |
| Werde ich Nachwirkungen spüren? |
| Darf ich während der Schwangerschaft diese Arznei einnehmen? |
| Darf ich diese Medikamente zusammen mit anderen Medikamenten einnehmen? |
| B- Die Krankenschwester |
| B.1. Die erste Begegnung |
| Hallo, herzlich Willkommen! |
| Ich heiße..., ich bin Ihre Krankenschwester. |
| Es freut mich, Sie kennenzulernen. |
| Wie geht es Ihnen? |
| Danke / Dankeschön. |
| Wie lauten Ihr Name und Familienname? |
| Wie kann ich Ihnen behilflich sein? |
| Ich höre Ihnen zu . |
| Bitte sprechen Sie langsam. |
| Es tut mir leid, ich kann Sie nicht verstehen. |
| Können Sie das bitte wiederholen? |

| |
|---|
| Welche Beschwerden haben Sie? |
| Was ist Ihr Leiden? |
| Wo liegt das Problem? |
| Seit wann haben Sie diese Beschwerden? |
| Wie fühlen Sie sich im Moment? |
| Ich fühle mich nicht gut. |
| Ich fühle mich besser. |
| Sind Sie gegen irgendetwas allergisch? |
| Ich bin gegen ... allergisch. |
| Ich habe keine weiteren Beschwerden. |
| B.2 Information, Fragen, Empfehlungen und Warnungen |
| Sie werden einige Zeit hier bleiben. |
| Ihr Patient befindet sich auf der Intensivstation. |
| Sie befinden sich auf der Intensivstation. |
| Der Doktor wird Ihnen Auskunft geben. |
| Wir gehen zur Ihrem Zimmer. |
| Wir gehen in die Radiologie. |
| Sie werden operiert. |
| Morgen werden Sie operiert. |
| In ... Stunden werden Sie operiert. |
| Es ist dringend / eilig! |
| Die Ergebnisse sind da. |
| Die Ergebnisse sind noch nicht eingetroffen. |
| Ihre Wertsachen werde ich in den Safe einschließen. |
| Nach der Operation werden Sie auf Ihr Zimmer geschickt. |
| Bitte warten Sie im Zimmer. |
| Rauchen ist im Zimmer verboten. |
| Bringen Sie von außerhalb des Krankenhauses keine Lebensmittel mit. |
| Bitte bleiben Sie in Ihrem Bett! |
| Ruhen Sie sich ordentlich aus! |
| Möchten Sie duschen? |
| Können Sie Ihre Kleidung ohne Hilfe wechseln? |
| Wenn Sie etwas benötigen drücken Sie den Notfallknopf. |
| Ich werde Sie messen. |
| Ich werde Sie wiegen. |
| Ich werde Ihren Blutdruck messen. |
| Ihr Blutdruck ist zu niedrig. |
| Sie haben hohen Blutdruck. |
| Ich werde ein EKG machen. |
| Bitte ziehen Sie sich aus. |

| |
|--|
| Bitte ziehen Sie Ihre Kleidung aus. |
| Bitte ziehen Sie Ihr Hemd einmal hoch. |
| Ziehen Sie Ihre Kleider an. |
| Legen Sie sich bitte hierhin. |
| Bitte legen Sie sich auf Ihren Bauch. |
| Bitte öffnen Sie Ihren Mund. |
| Atmen Sie tief ein und aus. |
| Ich werde Ihren Herzschlag abhören. |
| Ich werde die Herztöne des Babys abhören. |
| Es wird eine Röntgenaufnahme gemacht. |
| Es wird ein EKG aufgenommen. |
| Ich werde Ihnen Blut abnehmen. |
| Für die Untersuchungen / Tests werde ich Ihnen Blut abnehmen. |
| Ich werde Blut von Ihrem Finger abnehmen. |
| Ich werde eine Halskultur abtupfen. |
| Ich werde eine Urinprobe nehmen. |
| Bitte geben Sie eine Urinprobe ab. |
| Sammeln Sie Ihren Urin über einen Zeitraum von 24 Stunden. |
| Wir müssen Ihre Urinmenge überprüfen. |
| Notieren Sie Ihre Einnahme von Flüssigkeiten. |
| Bitte geben Sie eine Probe Ihres Stuhlganges ab. |
| Bitte gehen Sie nicht zur Toilette. |
| Bitte betätigen Sie nach der Toilettenbenutzung nicht die Spülung, wir müssen den Stuhlgang sehen. |
| Wenn Sie die Behandlung verweigern müssen Sie dieses Formular unterschreiben. |
| Die Verantwortung kann ich nicht übernehmen. |
| Sie müssen diese Tabletten einnehmen. |
| Es sollte nicht warten. |
| Wir geben keine Medikamente. |
| Wer hat Ihnen diese Medikamente verschrieben ? |
| Nehmen Sie die Medikamente wie auf der Packung beschrieben ein. |
| Nehmen Sie das Medikament regelmäßig ein. |
| Nehmen Sie diese Tabletten ein. |
| Nehmen Sie alle 4 Stunden 2 Stück davon ein. |
| Es besteht Strahlungsgefahr. |
| Es besteht keine Strahlungsgefahr. |
| Es ist für Schwangere gefährlich. |
| Es könnte Schäden verursachen. |
| Es könnte Schmerzen verursachen. |
| Ich werde Ihnen einen Tropf legen. |
| Die Medikamente werden automatisch gegeben. |
| Ich werde einen neuen Tropf anbringen. |

| |
|---|
| Ich werde Ihre Infusion wechseln. |
| Ich werde Ihnen einen Urinkatheter legen. |
| Ich werde Sie mit kaltem Dampf behandeln. |
| Ich werde Ihnen die Impfung in den Arm spritzen. |
| Ich werde Ihre Wunde verpflegen. |
| Es blutet. |
| Wir werden einen Verband anlegen. |
| Tut es weh? |
| Es tut weh. |
| Ist es schmerzhaft? |
| Es ist sehr schmerzhaft. |
| Fühlen Sie jetzt Schmerzen? |
| Meine Schmerzen sind jetzt besser. |
| Wo tut es weh? |
| Wo fühlen Sie den Schmerz? |
| Meine Augen schmerzen. |
| Ich habe Schmerzen in der Brust. |
| Ich habe Rückenschmerzen. |
| Mein Arm tut weh. |
| Mein Hals tut weh. |
| Mein Handgelenk tut weh. |
| Ich habe Kopfschmerzen. |
| Mein Hals tut weh. |
| Ich habe Bauchschmerzen. |
| Ich habe Ohrenschmerzen. |
| Ich habe Zahnschmerzen. |
| Mein Nacken tut weh. |
| Ist der Schmerz örtlich begrenzt? |
| Ist der Schmerz stark? |
| Fühlen Sie hier Schmerzen? Tut es hier weh? |
| Teilen Sie mir mit wenn Sie Schmerzen haben. |
| Mir ist schwindelig. |
| Ich sehe schwarze Punkte vor meinen Augen. |
| Tragen Sie Kontaktlinsen? |
| Fühlen Sie sich übel? |
| Ich fühle mich übel. |
| Ich fühle mich, als müsste ich mich gleich übergeben. |
| Ich fühle mich angeekelt. |
| Müssen Sie erbrechen? |
| Ich übergebe mich. |
| Ich kann nicht vom Bett aufstehen. |

| |
|---|
| Ich habe keinen Appetit. |
| Ich bin hungrig. |
| Ich bin durstig. |
| Ich brauche Hilfe. |
| Ich kann nicht gehen. |
| Ich kann diesen Lärm nicht aushalten. |
| Ich möchte nur an einem ruhigen Ort sein. |
| Ich habe Fieber. |
| Ich habe eine Narbe an meinem Körper. |
| Ich habe einen Unfall erlitten. |
| Husten Sie? |
| Ich huste ein bisschen. |
| Ich huste nicht. |
| Ich fühle ein Brennen in meinen Augen. |
| Meine Augen tränen. |
| Mir ist kalt. |
| Mir ist heiß. |
| Ich habe mich erkältet / Ich habe eine Erkältung. |
| Ich kann nicht atmen. |
| Ich habe einen Sonnenbrand. |
| Ich bin krank. |
| Ich habe nur wenig Appetit. |
| Ich kann nicht schlafen. |
| Ich zittere. |
| Ich kann nicht sprechen. |
| Ich bin heiser. |
| Ich habe mir eine Erkältung eingefangen. |
| Ich habe einen Hautausschlag. |
| Ich habe mich am Arm geschnitten. |
| Ich habe Durchfall. |
| Ich habe Verstopfung. |
| Ich habe Bluthochdruck. |
| Ich habe niedrigen Blutdruck. |
| Ich blute. |
| Ich kann meinen Arm und mein Bein nicht bewegen. |
| Ich habe mir mein Bein gebrochen. |
| Ich habe mir meinen Arm gebrochen. |
| Ich habe mich selbst verletzt. |
| Ich fühle mich schwach. |
| Ich fühle mich nicht gut. |
| Ich fühle mich immer schlechter. |

| |
|--|
| Ich bin zuckerkrank / Ich bin Diabetiker. |
| Ich bin operiert worden. |
| Ich nehme diese Medikamente. |
| Ich habe diese Medikamente genommen. |
| Essen und trinken Sie nichts bevor wir Ihnen Bescheid geben. |
| Bitte trinken Sie reichlich Wasser. |
| Ab Mitternacht essen Sie bitte nichts. |
| Vor diesen Untersuchungen (Tests) sollten Sie nichts essen. |
| Sie müssen 5 Mal täglich Atemübungen machen. |
| Es könnte Ihnen schwindelig werden. |
| Sie sollten keine kalten Getränke trinken! |
| Sie sollten keinen schwarzen Tee trinken. |
| Halten Sie sich warm. |
| Es wird Ihnen gut tun. |
| Es gibt nichts zu befürchten. |
| Es gibt nichts, um das Sie sich Sorgen machen müssen. |
| Keine Sorge, Sie werden sich in 2-3 Tagen besser fühlen. |
| Die Untersuchung ist nun beendet. |
| B.3 Fragen und Wünsche des Patienten |
| Bitte schalten Sie den Fernseher an / aus! |
| Bitte machen Sie das Licht an / aus! |
| Wann werden Sie mich mitnehmen? |
| Wie lange muß ich im Bett bleiben? |
| Können Sie mir helfen? |
| Können Sie mir helfen, aufzustehen? |
| Können Sie mir helfen, mich anzuziehen? |
| Können Sie meinen Tropf überprüfen? |
| Kann ich in die Cafeteria gehen? |
| Wann muss ich das Zimmer verlassen? |
| Wo ist die Toilette? |
| Wie lautet der Name des Arztes? |
| Bitte finden Sie meinen Arzt. |
| Bitte geben Sie mir ein bisschen Auskunft. |
| Was soll ich machen? |
| Was empfehlen Sie? |
| Wie lange werde ich nicht essen und trinken dürfen? |
| Was darf ich nicht essen? |
| Kann ich meine Verwandten anrufen? |
| Ist es etwas Schreckliches? |
| Welche Behandlung oder Medikamente soll ich einnehmen? |

| |
|---|
| Wie wird die Behandlung fortgesetzt? |
| Wie oft und in welcher Dosis muß ich diese Medikamente einnehmen? |
| Wann setzt die Wirkung des Medikaments ein? |
| Können Sie mir etwas Wirkungsvolles geben? |
| Wird es nützen? |
| Soll ich die Medikamente abends oder morgens einnehmen? |
| Soll ich die Medikamente vor oder nach dem Abendessen einnehmen? |
| Muss ich die Medikamente vor oder nach den Malzeiten einnehmen? |
| Wie lange muss ich das Medikament einnehmen ? |
| C- Der Zahnarzt / Die Zahnärztin |
| C.1 Die erste Begegnung und die Untersuchung |
| Hallo, herzlich Willkommen! |
| Ich heiße... |
| Es freut mich, Sie kennenzulernen. |
| Bitte nehmen Sie Platz. |
| Wie geht es Ihnen? |
| Danke. / Dankeschön. |
| Wie lauten Ihr Name und Ihr Familienname ? |
| Welchen Beruf üben Sie aus? / Was arbeiten Sie? |
| Wo wohnen Sie? |
| Können Sie das bitte wiederholen? |
| Bitte sprechen Sie langsam. |
| Es tut mir leid, ich kann Sie nicht verstehen. |
| Können Sie Ihre Frage wiederholen? |
| Wie kann ich Ihnen behilflich sein? |
| Ich höre Ihnen zu. |
| Was ist Ihre Beschwerde? |
| Was genau tut Ihnen weh? |
| Worunter leiden Sie? |
| Wann ist es Ihnen zum ersten Mal aufgefallen? |
| Seit wann haben sie dieses Problem? |
| Diese Beschwerde habe ich seit drei Monaten. |
| Meine Beschwerden haben sich im vergangengen Monat noch verschlechtert. |
| Haben Sie diesbezüglich etwas getan? |
| Hat das geholfen? |
| Was hat Ihnen am meisten geholfen? |
| Wann ist es weggegangen? |
| Haben Sie sonst irgendwelche Veränderungen bemerkt? |
| Hatten Sie solche Beschwerden schon einmal? |
| Haben Sie noch andere Beschwerden? |

| |
|---|
| Ich habe keine anderen Beschwerden. |
| Bringen Sie das Problem mit Ihren Essgewohnheiten in Verbindung? |
| Was haben Sie gestern gegessen? |
| Haben Sie in letzter Zeit kalte Getränke getrunken? |
| Haben Sie schon irgendeine Behandlung bekommen? |
| Haben Sie Medikamente eingenommen? |
| Ich habe diese Medikamente eingenommen. |
| Wer hat Ihnen diese Medikamente verschrieben? |
| Ich bin gegen ... allergisch. |
| Ich habe keine Allergie. / Ich bin nicht allergisch. |
| Ich bin Diabetiker (zuckerkrank). |
| Ich bin operiert worden. |
| Ich habe Zahnschmerzen. |
| Es ist kein andauernder Schmerz - er kommt und geht. |
| Mein Gesicht tut mir sehr weh. |
| Mein Zahnfleisch schmerzt, weil ich Etwas zwischen den Zähnen habe und ich kann es nicht entfernen. |
| Mein Weisheitszahn tut weh. |
| Öffnen Sie bitte Ihren Mund! |
| Halten Sie Ihren Mund offen. |
| Strecken Sie Ihre Zunge raus! |
| Welcher Zahn tut weh? |
| Bitte spülen Sie Ihren Mund aus! |
| Bitte beißen Sie einmal die Zähne zusammen! |
| Bitte drücken Sie zu! |
| Bevor Sie zubeißen - kommen Ihre Zähne da schon in Kontakt? |
| Spüren Sie irgendeinen Schmerz? |
| Wie fühlen Sie sich im Moment? |
| Ich fühle mich nicht gut. |
| Bitte spucken Sie aus. |
| Ist es schmerzhaft? |
| Es ist sehr schmerzhaft. |
| Spüren Sie jetzt einen Schmerz? |
| Wo tut es weh? |
| Wo spüren Sie den Schmerz? |
| Welcher Zahn tut Ihnen weh? Dieser hier? |
| Fühlen Sie hier Schmerzen? |
| Dies könnte Ihnen ein bisschen weh tun. |
| Tut es hier weh? |
| Es tut weh. |
| Sind Sie sicher, dass der Schmerz von Ihrem Weisheitszahn herrührt? |

| |
|--|
| C.2 Information |
| Bitte warten Sie! |
| Die Behandlung ist beendet. |
| Es muss möglichst schnell behandelt werden. |
| Sie haben Karies. |
| Der Karies sitzt sehr tief. |
| Ich werde Ihnen eine Zahnfüllung machen. |
| Sie benötigen eine Zahnfüllung. |
| Wir müssen eine Wurzelbehandlung durchführen. |
| Ich werde ein Medikament in die Zahnwurzel geben. |
| Wir müssen den Nerv entfernen. |
| Ich muss Ihre Zahnprothese vorläufig fixieren. |
| Sie haben einen Zahnabzess. |
| Nachdem das Medikament Wirkung zeigt, werden wir den Zahn ziehen. |
| Ich muss Sie lokal betäuben. |
| Nächste Woche sollten die Fäden gezogen werden. |
| Ich habe ein Medikament auf Ihre Zähne angewendet. |
| Dies wird Ihnen gut tun! / Sie werden sich besser fühlen! |
| Nach zehn Tagen sollte das Medikament entfernt werden. |
| Es blutet. |
| Sie sind mit ... infiziert. |
| Nehmen Sie diese Tabletten! |
| Wir werden eine Röntgenaufnahme Ihres Weisheitszahns machen. |
| Hier ist Ihre Überweisung zum Labor. |
| Ich werde dieses Instrument verwenden, um den Fremdkörper zu entfernen. |
| Die Blutung wird innerhalb der nächsten 12 Stunden langsam zurückgehen. |
| Wir werden einen Verband anlegen. |
| Ich werde Ihnen Tabletten verschreiben. Nehmen Sie sie 3 Mal am Tag mit Flüssigkeit ein. |
| Sie müssen mit gurgeln. |
| Ich werde ein Medikament verschreiben. |
| Nehmen Sie das Medikament regelmäßig ein. |
| Ich werde Ihnen ein Antibiotikum verschreiben. |
| Ich werde Sie 3 Tage krankschreiben. |
| Sie benötigen keine Medikamente. |
| Es gibt nichts zu befürchten. |
| Sie brauchen sich um nichts Sorgen zu machen. |
| Sie können mit Kreditkarte oder in bar zahlen. |
| C.3 Empfehlungen und Mahnungen |
| Sie müssen ins Krankenhaus fahren. |
| Ich kann die Verantwortung nicht übernehmen. |

| |
|---|
| Es ist für Schwangere gefährlich. |
| Es könnte Schaden verursachen. |
| Es könnte Schmerzen verursachen. |
| Es kann nicht warten. |
| Es ist dringend! |
| Sie dürfen für eine Stunde nichts essen und trinken. |
| Einen Tag lang dürfen Sie auf dieser Seite nicht kauen. |
| Essen oder trinken Sie heute nichts sehr warmes oder heißes |
| Ihr Gesicht könnte anschwellen. |
| Ihre Wange könnte blau werden. |
| Sie müssen kalte Kompressen anwenden. |
| Sie dürfen nicht rauchen und keine würzigen oder scharfen Speisen zu sich nehmen! |
| Sie sollten weder heiß noch eiskalt, sondern lauwarmer Getränke trinken. |
| Ich empfehle eine Operation. |
| Wir müssen Ihren Weisheitszahn operieren. |
| Wenden Sie die Behandlung an und kommen sie in 15 Tagen wieder. |
| Kommen Sie zur Kontrolluntersuchung. |
| Kommen Sie morgen wieder, damit wir die Zahnfüllung vornehmen können. |
| Machen Sie sich keine Sorgen, Sie werden sich in 2-3 Tagen besser fühlen. |
| Nehmen Sie Ihre Medikamente ein und in einer Woche sehen wir uns wieder. |
| C.4 Fragen und Wünsche des Patienten |
| Bitte informieren Sie mich. / Bitte klären Sie mich auf! |
| Was ist mit mir los? |
| Wann werde ich die Ergebnisse erhalten? |
| Ich verfüge über eine Krankenversicherung, greift sie hier? |
| Muss ich ins Krankenhaus? |
| Gibt es in der Praxis eine Krankenschwester? |
| Ist es etwas Ernstes? |
| Ist diese Krankheit ansteckend? |
| Wird es mir bald besser gehen? |
| Soll ich mich krankschreiben lassen? |
| Können Sie mir ein Attest ausstellen? |
| Kann ich zur Arbeit gehen? |
| Was soll ich machen? |
| Bitte rufen Sie einen Krankenwagen! |
| Was empfehlen Sie? |
| Gibt es irgendeine Alternative? |
| Bitte beraten Sie mich zu allen Möglichkeiten - der Preis spielt keine Rolle. |
| Was wäre das Beste für mich? |
| Können Sie mir behilflich sein? |

| |
|---|
| Wozu dient dieses Gerät ? |
| Ist es etwas Schlimmes? |
| Wie lange werde ich nicht essen und trinken dürfen? |
| Was darf ich nicht essen? |
| Muss ich irgendwelche Medikamente einnehmen? |
| Werden Sie mir irgendwelche Pillen verschreiben? |
| Welche Behandlung oder welches Medikament soll ich anwenden / einnehmen? |
| Wie oft und in welcher Dosis muss ich diese Arznei einnehmen? |
| Wie schnell wird die Wirkung des Medikaments eintreten? |
| Wie lange soll ich das Medikament einnehmen? |
| Wie wird die Behandlung fortgesetzt? |
| Soll ich die Tabletten morgens oder abends einnehmen? |
| Muss ich die Medikamente vor oder nach den Mahlzeiten einnehmen? |
| Können Sie mir etwas Wirksames geben? |
| Wird es mir helfen? |
| Ist es unbedenklich, dieses Medikament während der Schwangerschaft einzunehmen? |
| Werde ich Nebenwirkungen spüren? |
| Wo kann ich diese Medikamente bekommen? |
| Kann ich diese Medikamente ohne Rezept bekommen? |
| Wieviel wird es kosten? |
| Wann soll ich wiederkommen? |
| D - DER SEKRETÄR / DIE SEKRETÄRIN |
| D. 1 Erste Begegnung, Aufnahme |
| Hallo, herzlich Willkommen! |
| Wie geht es Ihnen? |
| Danke. / Dankeschön. |
| Wie lauten Ihr Name und Familienname? |
| Wie lautet Ihr Geburtsdatum? |
| Wie lautet Ihre Adresse? |
| Kann ich bitte Ihren Reisepass sehen? |
| Wie lautet Ihre Passnummer? |
| Können Sie sie bitte aufschreiben? |
| Was ist Ihr Beruf? / Was machen Sie beruflich? |
| Wo wohnen Sie? |
| Wie lautet Ihre Anschrift? |
| Wie lautet Ihre Telefonnummer? |
| Wie lautet der Name Ihres Reiseveranstalters? |
| Wie heißt Ihr/e Reiseleiter/in? |
| Wie lautet der Name Ihres Hotels? |
| Welche Zimmernummer haben Sie? |

| |
|---|
| Können Sie das bitte wiederholen? |
| Bitte sprechen Sie langsam. |
| Tut mir leid, ich kann Sie nicht verstehen. |
| Wo liegt das Problem? |
| Ich höre Ihnen zu. |
| Haben Sie einen Termin? |
| Haben Sie irgendwelche Fragen? |
| Haben Sie Beschwerden? |
| Wen suchen Sie? |
| Wer ist Ihr Arzt? Wer ist Ihre Ärztin? |
| Welche Abteilung? Welches Fachgebiet? |
| Sprechen Sie ... (Deutsch, Englisch, Türkisch)? |
| Haben Sie eine Krankenversicherung? |
| Ich habe eine Krankenversicherung. / Ich bin krankenversichert. |
| Können Sie mir Ihre Versicherungsunterlagen (Police) geben? |
| Hier ist meine Versicherungskarte. |
| Wie lautet Ihre Ausweisnummer? |
| Waren Sie schon einmal hier? |
| Wir erheben eine Untersuchungsgebühr. |
| Füllen Sie bitte das Aufnahmeformular aus. |
| Unterschreiben sie bitte (hier). |
| Sind sie aufgrund einer Kontrolle hier? |
| Warten Sie bitte! |
| Bitte warten Sie in der Schlange. |
| Warten Sie, bis Ihre Nummer auf dem Bildschirm angezeigt wird. |
| Bitte rufen Sie nachher nochmal an. |
| Ich werde Ihnen einen Termin geben. |
| Sie benötigen einen Termin. |
| Was ist Ihre Beschwerde? |
| D. 2 Die Auskunft |
| Unser Krankenhaus ist sehr gut ausgestattet. |
| Für Injektionen wird eine Gebühr erhoben. |
| Für Untersuchungen wird eine Gebühr erhoben. |
| Im Warteraum darf nicht geraucht werden. |
| Sie müssen ins Krankenhaus. |
| Im Krankenhaus kann man Ihnen helfen. |
| Unsere Klinik ist hier ganz in der Nähe. |
| Sie werden einige Zeit hier bleiben. |
| Der Arzt / die Ärztin ist im Moment beschäftigt. |
| Der Arzt / die Ärztin ist auf dem Weg hierher. |

| |
|--|
| Der Arzt / die Ärztin ist bei einer Operation. |
| Der Arzt / die Ärztin wird Sie bewerten / untersuchen. |
| Der Arzt / die Ärztin wird Ihnen Auskunft geben. |
| Der Arzt / die Ärztin spricht Englisch. |
| Der Arzt / die Ärztin ist bei der Untersuchung. |
| Der Arzt / die Ärztin schreibt Ihren Bericht. |
| Der Übersetzer / die Übersetzerin kommt gleich. |
| Der Arzt / die Ärztin ist Facharzt/in. |
| Der Arzt / die Ärztin ist sehr erfahren. |
| Wer hat Ihnen diese Medikamente verschrieben? |
| Gehen Sie bitte zum Kassenschalter. |
| Folgen Sie mir bitte. |
| Gehen Sie bitte zur Rezeption. |
| Gehen Sie in den zweiten Stock. |
| Ihre Wertsachen werde ich im Safe verstauen. |
| Hier ist Ihre Überweisung für das Labor. |
| Hier ist Ihr medizinischer Bericht (Arztbrief). |
| Nachts können Sie den Arzt/ die Ärztin über die Rezeption anrufen. |
| Ihr/e Ehepartner/in kann bei Ihnen bleiben. |
| Bringen Sie von außerhalb des Krankenhauses bitte keine Lebensmittel mit. |
| Ich kann die Verantwortung nicht übernehmen. |
| Wenn Sie die Behandlung ablehnen müssen Sie dieses Formular unterschreiben. |
| Um die Ergebnisse zu erhalten, unterschreiben Sie bitte dieses Formular. |
| Wenn Sie etwas benötigen drücken Sie einfach die Notfalltaste. |
| Unser Auto wird bald kommen. |
| Ihr Patient/ Ihre Patientin befindet sich auf der Intensivstation. |
| Ihr Patient/ Ihre Patientin befindet sich in der Notaufnahme. |
| Ihr Patient / Ihre Patientin ist im OP. |
| Sie können in der Cafeteria warten. |
| Die Testergebnisse sind da. |
| Die Ergebnisse sind noch nicht eingetroffen. |
| Die Ergebnisse werden um 16 Uhr bereit sein. |
| Ihre Kontrolluntersuchung ist nächsten Donnerstag um 9 Uhr. |
| Bitte bringen Sie Ihre Blut- und Urin-Testergebnisse mit. |
| Alle Informationen über Ihre Behandlung finden Sie noch einmal im Arztbrief. |
| Nun ist alles erledigt, Sie können gehen. |
| Sie können entweder mit Kreditkarte oder in bar bezahlen. |
| Gute Reise. |
| Flugbefähigungsbestätigung |
| D.3 Wünsche und Fragen des Patienten |

| |
|--|
| Können Sie mir behilflich sein? |
| Bitte geben Sie mir ein bisschen Auskunft. |
| Muß ich mich registrieren lassen? |
| Brauchen Sie meine Versicherungskarte? |
| Brauchen Sie meine Personalausweisnummer? |
| Brauchen Sie meine Adresse? |
| Wann wird der Arzt / die Ärztin kommen? |
| Wo ist der Arzt / die Ärztin? |
| Wie heißt der Arzt / die Ärztin? |
| Bitte finden Sie meinen Arzt / meine Ärztin. |
| Es ist dringend! |
| Wie komme ich ins Krankenhaus? |
| Wo befindet sich das nächste Krankenhaus? |
| Wo ist die Apotheke? |
| Wie sind die Öffnungszeiten? |
| Wo ist das WC / die Toilette? |
| Wieviel kostet es? |
| Ich möchte eine Schönheitsoperation machen lassen. |
| Wo ist die Rezeption? |
| Kann ich meine Verwandten anrufen? |
| Bitte rufen Sie einen Krankenwagen! |
| Wann soll ich wiederkommen? |
| Wann werden Sie mich transportieren? |
| Wann sind die Untersuchungs-Zeiten? |
| Gibt es in der Praxis eine Krankenschwester? |
| Wo kann ich diese Medikamente bekommen? |
| Wie viel Kosten diese Arzneimittel? |
| Was kostet es? |
| Können Sie für mich einen Rollstuhl finden, ich kann nicht gehen. |
| Ich habe einen Unfall gehabt. |
| Ich möchte nur an einem ruhigen Ort sein. |
| Bitte informieren Sie mich über sämtliche Möglichkeiten, der Preis spielt keine Rolle. |
| Gibt es irgendeine Alternative? |
| Was empfehlen Sie? |
| Was soll ich machen? |
| Was wäre das Beste für mich? |
| E- Am Kassenschalter |
| Hallo, herzlich Willkommen! |
| Bitte nehmen Sie Platz. |
| Wie geht es Ihnen? |

| |
|---|
| Danke. / Dankeschön. |
| Wie lauten Ihr Name und Familienname? |
| Wie lautet Ihre Ausweisnummer? |
| Wie kann ich Ihnen behilflich sein? |
| Ich höre Ihnen zu. |
| Können Sie das bitte wiederholen? |
| Bitte sprechen Sie langsam. |
| Es tut mir leid, ich kann Sie nicht verstehen. |
| Können Sie mir behilflich sein? |
| Bitte geben Sie mir ein bisschen Auskunft. |
| Warten Sie einen Augenblick, bitte. |
| Wo liegt das Problem? |
| Möchten Sie in bar oder mit Kreditkarte zahlen? |
| Ihr Kreditkartenlimit erlaubt mir nicht, den vollen Betrag abzubuchen. |
| Ihre Bank sollte den Zahlungsbeleg faxen. |
| Die Bank hat abgelehnt. |
| Ich kann die Verantwortung nicht übernehmen. |
| Was soll ich tun? |
| Gibt es irgendeine Alternative? |
| Was empfehlen Sie? |
| Sie können Geld vom Bankautomat abheben. |
| Sie können das Geld durch die Bank überweisen lassen. |
| Nehmen Sie Ihren Pass, Ihre Versicherungskarte und Kreditkarte mit. |
| Wieviel kostet es? |
| Wieviel kosten die Medikamente? |
| Sind Sie krankenversichert? |
| Ich bin krankenversichert, hier ist meine Versicherungskarte. |
| Brauchen Sie meine Versicherungskarte? |
| Brauchen Sie meine Identifikationsnummer? |
| Wird meine Versicherung dies abdecken? |
| Wir warten auf die Zahlungszusicherung Ihrer Versicherungsgesellschaft. |
| Sie brauchen nichts zu zahlen. |
| Sie müssen einen Extra Betrag zahlen. |
| Wir arbeiten nicht mit dieser Versicherungsgesellschaft. |
| Sie können sich das Geld von Ihrer Versicherung rückerstatten lassen. |
| Ich werde Ihnen eine offizielle Rechnung ausstellen. |
| Es gibt ein Problem mit der Rechnung. |
| Ich werde die Rechnung an Ihr Hotel schicken. |
| Brauchen Sie meine Anschrift? |
| Danke für die Quittung. |
| Ich werde Fotokopien von diesen Unterlagen machen. |

| |
|---|
| Jetzt ist alles erledigt - Sie können gehen. |
| F- In der Apotheke |
| Hallo, herzlich Willkommen. |
| Wie geht es Ihnen? |
| Danke. / Dankeschön. |
| Wie lauten Ihr Name und Ihr Familienname? |
| Wie kann ich Ihnen behilflich sein? |
| Bitte warten Sie einen Augenblick! |
| Ich höre Ihnen zu. |
| Können Sie das bitte wiederholen? |
| Bitte sprechen Sie langsam. |
| Es tut mir leid, ich kann Sie nicht verstehen. |
| Können Sie mir behilflich sein? |
| Bitte geben Sie mir ein bisschen Auskunft. |
| Wo liegt das Problem. |
| Sie müssen ins Krankenhaus . |
| Möchten Sie bar oder mit Kreditkarte zahlen? |
| Was kostet es? |
| Was kosten die Medikamente? |
| Wie viel macht es? |
| Ich bin krankenversichert. |
| Wird meine Versicherung dies abdecken? |
| Für diese Medikamente müssen wir eine Extragebühr erheben. |
| Können Sie mir sämtliche Möglichkeiten aufzählen, die Kosten spielen keine Rolle. |
| Gibt es irgendeine andere Alternative? |
| Was soll ich tun? |
| Was empfehlen Sie? |
| Was wäre das Beste für mich? |
| Ein Rezept ist nicht nötig. |
| Dieses Medikament wird rezeptfrei verkauft. |
| An welchen Beschwerden leiden Sie? |
| Was ist Ihre Beschwerde? |
| Ich bin krank. |
| Ich habe mich erkältet. |
| Mein Bauch tut weh. |
| Ich habe einen Sonnenbrand. |
| Hatten Sie vorher schon einmal diese Beschwerden? |
| Haben Sie sich deshalb behandeln lassen? |
| Sie müssen zu einem Arzt gehen. |
| Die Verantwortung kann ich nicht übernehmen. |

| |
|---|
| Nehmen Sie irgendwelche Pillen? |
| Ich empfehle Ihnen, diese Medikamente einzunehmen. |
| Ich bin gegen... allergisch. |
| Möchten Sie Tropfen oder Tabletten? |
| Möchten Sie Vitamine? |
| Wer hat Ihnen diese Medikamente verschrieben? |
| Nehmen Sie diese Pillen regelmäßig. |
| Wie oft soll ich die Medikamente einnehmen? |
| Nehmen Sie zwei Mal am Tag je 2 (zwei) Tabletten ein. |
| Nehmen Sie alle 4 Stunden je 2 Tabletten ein. |
| Schütteln Sie es bitte vor der Einnahme . |
| Können Sie mir etwas Wirksames geben ? |
| Kann ich diese ohne Rezept kaufen? |
| Wird es helfen / nützen? |
| Das hier wird Ihnen helfen, sich besser zu fühlen. |
| Wie oft und in welcher Dosis muss ich diese Medikamente einnehmen? |
| Kann ich diese Medikamente mit andere Arzneimitteln einnehmen? |
| Wie lange darf ich keinen Alkohol trinken nachdem ich die Pille eingenommen habe? |
| Wo kann ich diese Medikamente kaufen? |
| Darf ich Auto fahren während ich diese Medikamente einnehme? |
| Welche Nebenwirkungen könnten diese Medikamente haben? |
| Werde ich Nachwirkungen spüren? |
| Darf ich Alkohol trinken während ich diese Medikamente einnehme? |
| Kann ich diese Medikamente während der Schwangerschaft einnehmen? |
| Für Schwangere ist es gefährlich. |
| Soll ich die Pillen morgens oder abends einnehmen? |
| Soll ich die Tabletten vor oder nach dem Abendessen einnehmen ? |
| Muss ich die Medikamente vor oder nach den Mahlzeiten einnehmen? |
| Wir müssen die Medikamente vorbereiten. |
| Wir müssen diese Medikamente bestellen. |
| Können Sie morgen zurückkommen um die Medikamente abzuholen? |
| Wir haben alles geklärt. Sie können nun gehen. |
| G. SONSTIGE |
| G.1 Zimmerreinigung |
| Hallo, ich heiße... |
| Wie geht es Ihnen? |
| Danke. / Dankeschön. |
| Ich werde den Boden saubermachen. |
| Ich werde das Zimmer lüften. |
| Ich werde die Fenster putzen. |

| |
|---|
| Soll ich Ihre Bettwäsche wechseln? |
| Soll ich den Vorhang aufziehen? |
| Soll ich die Tür öffnen? |
| Soll ich das Fenster aufmachen? |
| Soll ich die Tür schließen? |
| Entschuldigen Sie die Störung. |
| Der Boden ist rutschig, seien Sie vorsichtig! |
| Möchten Sie ein Ersatzhandtuch? |
| Ich bin fertig mit Saubermachen. |
| Darf ich das wegwerfen? |
| Wann soll ich das Zimmer verlassen? |
| Rauchen ist im Zimmer nicht erlaubt. |
| Ich bin gegen... allergisch. |
| Was soll ich machen? |
| Wie lange darf ich nicht reinkommen? |
| Können Sie mir behilflich sein? |
| Ich höre Ihnen zu. |
| Wo liegt das Problem? |
| Wie kann ich Ihnen behilflich sein? |
| Ich halte den Lärm nicht aus. |
| Bitte warten Sie. |
| Können Sie das wiederholen? |
| Bitte sprechen Sie langsam. |
| Es tut mir leid, ich kann Sie nicht verstehen. |
| G.2 Transport |
| Hallo, ich heiße... |
| Wie geht es Ihnen? |
| Dankeschön. |
| Wie heißen Sie? |
| Wie lautet Ihre Adresse? |
| Wie lautet Ihre Telefonnummer? |
| Wo wohnen Sie? |
| Können Sie mir behilflich sein? |
| Wie kann ich Ihnen behilflich sein? |
| Ich höre Ihnen zu. |
| Bitte warten Sie. |
| Können Sie das bitte wiederholen? |
| Bitte sprechen Sie langsam. |
| Es tut mir leid - ich kann Sie nicht verstehen. |
| Wo liegt das Problem? |

| |
|--|
| Wo gehen wir hin? |
| Bitte geben Sie mir ein bisschen Auskunft. |
| Ich kann einen Krankenwagen rufen. |
| Der Krankenwagen kommt. |
| Ich werde Sie ins Krankenhaus bringen. |
| Ich komme vom Krankenhaus. |
| Unterwegs können wir bei einer Apotheke anhalten. |
| Sie ist ... km entfernt. |
| Es wird ... Minuten dauern. |
| Ist unsere Geschwindigkeit in Ordnung? |
| Möchten Sie, dass ich anhalte? |
| Soll ich langsamer fahren? |
| Soll ich das Fenster öffnen? |
| Soll ich die Klimaanlage einschalten? |
| Bitte schnallen Sie sich an! |
| Wann werden Sie fliegen? |
| Wann muss ich das Zimmer räumen? |
| Bitte bleiben Sie in Ihrem Bett. |
| Bitte warten Sie im Zimmer. |
| Bitte gehen Sie zur Rezeption. |
| Unser Wagen wird bald kommen. |
| Wo befindet sich die Rezeption? |
| Was kostet es? |
| Bitte rufen Sie einen Krankenwagen. |
| Was soll ich machen? |
| Wann soll ich wiederkommen? |
| Bitte nennen Sie mir alle Möglichkeiten, der Preis spielt keine Rolle. |
| Gibt es irgendeine Alternative? |
| Was würden Sie empfehlen? |
| Was wäre das Beste für mich? |
| Ich kann diese Verantwortung nicht übernehmen. |
| Wie komme ich zum Krankenhaus? |
| Wo befindet sich das nächste Krankenhaus? |
| Wo befindet sich die nächste Apotheke? |
| Wann werden Sie mich transportieren? |
| Es ist eilig / dringend! |
| Ich kann aus meinem Bett nicht aufstehen. |
| Ich kann nicht gehen. |
| Legen Sie sich bitte hierhin. |
| Ich kann den Lärm nicht aushalten. |
| Ich möchte nur an einem ruhigen Ort sein. |

| |
|--|
| Mir ist schwindelig. |
| Ich fühle mich als müsste ich bald erbrechen. |
| Mir ist übel. |
| Ich friere. / Mir ist kalt. |
| Mir ist warm / heiß. |
| Gute Reise. |
| G.3 Der Krankengymnast - Die Krankengymnastin |
| Hallo, herzlich Willkommen. |
| Ich heiße... |
| Bitte nehmen Sie Platz. |
| Wie geht es Ihnen? |
| Danke. / Dankeschön. |
| Wie lauten Ihr Name und Familienname? |
| Woher kommen Sie? Woher stammen Sie? |
| Welchen Beruf üben Sie aus? Was machen Sie beruflich? |
| Können Sie das bitte wiederholen? |
| Bitte sprechen Sie langsam. |
| Es tut mir leid, ich kann Sie nicht verstehen. |
| Wo liegt das Problem. |
| Bitte warten Sie. |
| <u>Können Sie mir behilflich sein?</u> |
| Wie kann ich Ihnen behilflich sein? |
| Ich höre Ihnen zu. |
| Wie heißt der Arzt? |
| Haben Sie irgendeine Behandlung bekommen? |
| Seit wann haben Sie diese Beschwerden? |
| Hatten Sie vorher ähnliche Beschwerden? |
| Haben Sie jetzt Schmerzen? |
| Wo tut es weh? |
| Wo fühlen Sie den Schmerz? |
| Ist der Schmerz örtlich begrenzt? |
| Ist der Schmerz stark? |
| Ist es schmerzhaft? |
| Sie müssen 5 Mal am Tag Atemübungen machen. |
| Es ist für Schwangere gefährlich. |
| Ich kann die Verantwortung nicht übernehmen. |
| Wir werden Krankengymnastik für den Arm und das Bein machen. |
| Massieren Sie die Schmerzstelle. |
| <u>Wird es nützen?</u> |
| Sie werden sich besser fühlen. |

| |
|---|
| Wir werden keine Krankengymnastik für den Hals machen. |
| Wie oft soll ich zur Behandlung kommen? |
| Die Verletzung stammt von einem Autounfall. |
| Ich bin gestürzt und habe mir dabei diese Verletzung zugezogen. |
| Die Verletzung stammt vom Tauchen. |
| Ich habe einen Unfall erlitten. |
| Ich habe eine Narbe an meinem Körper (Seite) . |
| Ist es schlimm? |
| Ist es etwas Ernsthaftes? |
| Was soll ich machen? |
| Was wäre das Beste für mich? |
| Gibt es irgendeine Alternative? |
| Was empfehlen Sie? |
| Welche Übungen helfen, meine Rückenschmerzen zu lindern? |
| Wie wird die Behandlung fortgesetzt? |
| Tut es weh? |
| Es tut weh. |
| Wann soll ich wiederkommen? |
| Wie lange darf ich nicht laufen gehen? |
| Mir ist kalt. |
| Mir ist warm / heiß. |
| Ich kann nicht atmen. |
| Ich kann nicht aus dem Bett aufstehen. |
| Ich kann nicht gehen. |
| Mein Arm tut weh. |
| Mein Hals tut weh. |
| Mein Handgelenk schmerzt. |
| Ich habe Schmerzen im Rücken. |
| Meine Muskeln schmerzen. |
| Meine Knie schmerzen. |
| Es ist sehr schmerzhaft. |
| Ich habe im Fitnessstudio trainiert und Gewichte gehoben - da spürte ich diesen Schmerz in meinem Handgelenk. |
| Ich kann meinen Arm und mein Bein nicht bewegen. |
| Ich habe keine weiteren Beschwerden. |
| Atmen Sie einmal ganz tief ein, bitte. |
| Ruhen Sie sich ordentlich aus. |
| Bitte ziehen Sie sich aus. |
| Bitte ziehen Sie Ihr Hemd hoch. |
| Bitte ziehen Sie Ihre Kleidung aus. |
| Wie fühlen Sie sich im Moment? |
| Ich fühle mich nicht gut. |

| |
|--|
| Treiben Sie regelmäßig Sport? |
| Legen Sie sich bitte hierhin. |
| Legen Sie sich bitte auf Ihren Bauch. |
| Atmen Sie tief ein und aus. |
| Husten Sie. |
| Ziehen Sie sich an. |
| Halten Sie Ihren Hals warm. |
| Ihrem Hals werden wir kalte / warme Kompresse anwenden. |
| Um Ihre Gelenkbewegungen zu verbessern benötigen Sie Spannungsübungen. |
| Es gibt nichts zu befürchten. |
| Sie brauchen sich um nichts Sorgen zu machen. |
| Wenden Sie die Behandlung an und kommen Sie in 15 Tagen wieder. |
| Keine Sorge, in 2-3 Tagen werden Sie sich besser fühlen. |
| Die Behandlung ist beendet. |
| Der Doktor wird Sie informieren. |
| G.4 der Ernährungswissenschaftler / die Ernährungswissenschaftlerin |
| Hallo, herzlich Willkommen. |
| Ich heiße... |
| Bitte nehmen Sie Platz. |
| Wie geht es Ihnen? |
| Danke. / Dankeschön. |
| Wie lautet Ihr Name und Familienname? |
| Welchen Beruf üben Sie aus? / Was machen Sie beruflich? |
| Können Sie das bitte wiederholen? |
| Bitte sprechen Sie langsam. |
| Es tut mir leid, ich kann Sie nicht verstehen. |
| Wo liegt das Problem? |
| Mein Bauch tut weh. |
| Ich habe keinen Appetit. |
| Ich bin gegen ... allergisch. |
| Ich habe keine weiteren Beschwerden. |
| Bringen Sie das Problem mit Ihren Essgewohnheiten in Verbindung? |
| Nehmen Sie regelmäßig Mahlzeiten zu sich? |
| Ich verzichte auf das Frühstück, mein Mittagessen nehme ich sehr spät ein, abends esse ich nie, ich esse die ganze Zeit Schokolade und Fastfood und trinke Cola. |
| Essen Sie regelmäßig. |
| Welche Art Nahrungsmittel nehmen Sie zu sich? |
| Hatten Sie vorher schon einmal solche Beschwerden? |
| Wer hat Ihnen diese Medikamente verschrieben? |
| Haben Sie deshalb schon irgendeine Behandlung erhalten? |
| Können Sie mir behilflich sein? |

| |
|---|
| Bitte warten Sie. |
| Wie kann ich Ihnen behilflich sein? |
| Ich höre Ihnen zu. |
| Der Doktor wird Sie informieren. |
| Gibt es eine Alternative? |
| Was soll ich machen? |
| Was empfehlen Sie? |
| Was wäre das Beste für mich? |
| Machen Sie sich keine Sorgen. |
| Befolgen Sie bitte diese Diätliste ! |
| Sie müssen abnehmen. |
| Ich empfehle Ihnen einen niedrigkaloriege Diät . |
| Bringen Sie von außerhalb der Klinik keine Lebensmittel mit. |
| Es ist für Schwangere gefährlich. |
| Sie sollten keine sehr kalten Getränke trinken. |
| Sie sollten keinen schwarzen Tee trinken. |
| Trinken Sie warme Flüssigkeiten. |
| Trinken Sie Kräutertee. |
| Vermeiden Sie Alkohol. |
| Essen Sie keine scharfen Lebensmitteln. |
| Wie lange darf ich keine würzigen Lebensmittel essen? |
| Was darf ich nicht essen? |
| Ist es etwas Ernstes? |
| Muss ich eine Diät machen? |
| Wann soll ich wiederkommen? |
| G.5 Das Labor |
| Hallo, herzlich Willkommen. |
| Danke. / Dankeschön. |
| Wie lauten Ihr Name und Familienname? |
| Können Sie mir behilflich sein? |
| Wie kann ich Ihnen behilflich sein? |
| Ich höre Ihnen zu. |
| Bitte warten Sie. |
| Können Sie das bitte wiederholen? |
| Bitte sprechen Sie langsam. |
| Tut mir leid - ich kann Sie nicht verstehen. |
| Bitte geben Sie mir ein bisschen Auskunft. |
| Sie müssen ins Krankenhaus. |
| Wo liegt das Problem? |
| Wie heißt der Doktor? |

| |
|--|
| Ich kann die Verantwortung nicht übernehmen. |
| Was soll ich machen? |
| Nehmen Sie irgendwelche Medikamente ein? |
| Haben Sie schon irgendeine Behandlung bekommen? |
| Die Ergebnisse stehen fest. |
| Wir werden die Ergebnisse um 16 Uhr haben. |
| Ich werde eine Halskultur abtupfen. |
| Ich werde eine Urinprobe nehmen. |
| Bitte sammeln Sie 24 Stunden lang Ihren Urin . |
| Wir benötigen für einen Kulturtest Ihren mittleren Urin. |
| Bitte geben Sie eine Stuhlprobe ab. |
| Sie sollten vor den Untersuchungen / Tests nichts essen. |
| Ich werde für die Tests eine Blutprobe nehmen. |
| Ich werde aus Ihrem Finger Blut abnehmen. |
| Wir müssen Ihre Urinmenge überprüfen. |
| Halten Sie Ihren Stirn und Nase an das Gerät. |
| Es besteht Strahlungsgefahr. |
| Es besteht keine Strahlungsgefahr. |
| Es ist für Schwangere gefährlich. |
| Wann soll ich wiederkommen? |
| Sie sind mit ... infiziert. |
| Sie können gehen, die Untersuchungen sind abgeschlossen. |
| Der Doktor wird Ihnen Auskunft geben. |

Referenz

LEONARDO-Projekt No. LLP-LdV-TOI-2007-TR-071

An e-learning module to improve language related communication skills in health” (e-LANCOM)

(<http://www.elancom.eu/english/site.html>)

Koordinator:

TR Akdeniz University

Partner:

- D WBS TRAINING AG
- BG Medical University Varna
- CZ TEMPO TRAINING & CONSULTING, LTD.
- LV EuroFortis Ltd.
- TR PRIVATE ANADOLU HOSPITAL