

Medizinische Versorgung

Schreiben

Ihr Freund Charles kommt aus den USA und spricht noch nicht gut Deutsch. Ihm tut seit einer Woche der Magen weh und er geht zu einer Kontrolluntersuchung zum Arzt. Dort muss er ein Formular ausfüllen. Bitte helfen Sie ihm. Charles ist Nichtraucher und trägt eine Brille. Weil er jede Woche Fußball spielt, ist er sehr fit. Normalerweise ist Charles selten krank, nur manchmal hat er Grippe oder ist erkältet, dann hat er Schnupfen und hustet.

Stuttgarter Krankenkasse

Charles Y. Clayton

8366403

Kasse

VERSICHERTENKARTE 0307

2498775398

Versichertennummer

gültig bis

Charles Y. Clayton

Architekt

Freytagstr. 17, 30169 Hannover

Tel: 0511-8051800 Fax: 0511-8051851

cyc@claytonarchitects.com

PRAXIS DR. ANJA CLARISSE

Familienname _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Geburtsdatum

25.08.1975

Staatsangehörigkeit _____

Beruf _____

Krankenversicherung _____

Sind Sie schwanger?

nein ja

Haben Sie eine Brille?

nein ja

Rauchen Sie?

nein ja

Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein ja

Kontakt im Notfall

Beth Clayton, Tel. (05 11) 8 05 18 02

Warum sind Sie heute bei uns? _____

Unterschrift

Charles Y. Clayton

Praxis-Gebühr für III/07

bezahlt nicht bezahlt

Medizinische Versorgung

Hinweis für Lehrende

Dieses Arbeitsblatt entspricht der Stufe A2 und die Aufgaben entsprechen den Aufgabentypen der Prüfung Start Deutsch 2. Sie sind zur Vorbereitung auf diese Prüfung gedacht.
Thematisch eignet sich dieses Arbeitsblatt als Ergänzung zu Delfin, Lektion 12, nach Aufgabe 6.

Wortschatz

Folgende Wörter sind in Delfin (Kapitel 8–14) nicht enthalten. Fett gedruckter Wortschatz wird für die Prüfung Start Deutsch 2 vorausgesetzt.

der Architekt, -en	die Operation, -en
erkältet sein	der Raucher, -
die Gebühr, -en	der Schnupfen (nur Singular)
gültig	schwanger
husten	selten
die Kontrolle, -n	die Unterschrift, -en
die Krankenkasse, -n	die Untersuchung, -en
der Magen, -	versichert
der Notfall, -e	wehtun

Lösungen

Schreiben

PRAXIS DR. ANJA CLARISSE

Familienname	<u>Clayton</u>
Vorname	<u>Charles Y.</u>
Straße	<u>Freitagstr. 17</u>
PLZ, Ort	<u>30169 Hannover</u>
Telefon	<u>0511/8051800</u>
Geburtsdatum	<u>25.08.1975</u>
Staatsangehörigkeit	<u>USA</u>
Beruf	<u>Architekt</u>
Krankenversicherung	<u>Stuttgarter Krankenkasse</u>
Sind Sie schwanger?	nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Brille?	nein <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Treiben Sie regelmäßig Sport?	nein <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/>
Kontakt im Notfall	<u>Beth Clayton, Tel. (05 11) 8 05 18 02</u>
Warum sind Sie heute bei uns?	<u>Magenschmerzen seit einer Woche</u>
Unterschrift	<u>Charles Y. Clayton</u>
Praxis-Gebühr für <u>III/07</u>	bezahlt <input checked="" type="checkbox"/> nicht bezahlt <input type="checkbox"/>