

Fragebogen zur Darstellung des Haushaltsführungsschadens

I. ZUR WOHNUNG

1. Art der Wohnung

(zutreffendes ankreuzen; **1 Kreuz**) Eigentum
 Miete/Pacht

(zutreffendes ankreuzen; **1 Kreuz**) Einfamilienhaus
 Zweifamilienhaus
 Mehrfamilienhaus

2. Wohnverhältnisse

(bitte eintragen) Anzahl der Wohn-Etagen: (ihres Haushaltes)

(zutreffendes ankreuzen) zusätzlich Keller vorhanden
 zusätzlich Dachboden vorhanden
 zusätzlich Garage vorhanden

(bitte eintragen) Wohnfläche: m²
(ohne Küche, Keller, Dachboden und Garage)

Gesamtfläche der Wohnung: m²
(mit Küche, Keller, Dachboden und Garage)

(bitte eintragen) Anzahl Wohn-Räume: Räume
(ohne Küche, Keller, Dachboden und Garage)

(bitte eintragen) Anzahl Räume gesamt: Räume
(mit Küche, Keller, Dachboden und Garage)

(zutreffendes ankreuzen; **1 Kreuz**) Heizung: Öl
 Gas
 Holz
 sonstiges: (bitte eintragen)

3. Garten

(bitte eintragen) Größe gesamt: m²
davon Ziergaten: m²

Wie wird der Garten bewirtschaftet? *(bitte eintragen)*

(bitte eintragen)

Arbeitsaufwand pro Woche: Stunden

4. Technische Ausstattung der Wohnung

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- Kühlschrank vorhanden
- Gefrierschrank vorhanden
- Gefriertruhe vorhanden
- Geschirrspülmaschine vorhanden
- Vollwaschautomat (Waschmaschine) vorhanden
- Wäschetrockner vorhanden

5. Fenster

(bitte eintragen)

Anzahl Fenster: Stück

(bitte eintragen)

Fensterfläche gesamt ca.: m²

6. Bodenbelag (Wohnbereich)

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- Parkett
- Laminat
- PVC
- Teppich
- Holz
- Fliesen
- sonstiges: *(bitte eintragen)*

B. PERSONEN IM HAUSHALT

1. Übersicht

(bitte eintragen)

Anzahl der Personen: Personen

(alle Personen die in ihrem Haushalt insgesamt leben)

(bitte eintragen)

davon Kinder: Kinder

2. im Einzelnen (im Haushalt lebende Personen)

a) Ehepartner/Partner

(bitte ankreuzen) Ehefrau/Partnerin oder Ehemann/Partner lebt in Wohnung (ja / nein)

(wenn ja, bitte eintragen)

Geburtsdatum: _____ (Datum)

erlernter Beruf: _____

ausgeübter Beruf: _____

wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden

Einkommen (netto, ca.) _____ €

b) Kinder:

(bitte ankreuzen)

1. Kind lebt in Wohnung (ja / nein)

(wenn ja, bitte ankreuzen)

Sohn / Tochter

(wenn ja, bitte eintragen)

Geburtsdatum: _____ (Datum)

(zutreffendes ankreuzen; 1 Kreuz)

zum Zeitpunkt des Unfallereignisses:

- Besuch des Kindergartens
- Schüler
- Auszubildender
- Student
- berufstätig

(bitte ankreuzen)

2. Kind lebt in Wohnung (ja / nein)

(wenn ja, bitte ankreuzen)

Sohn / Tochter

(wenn ja, bitte eintragen)

Geburtsdatum: _____ (Datum)

(zutreffendes ankreuzen; 1 Kreuz)

zum Zeitpunkt des Unfallereignisses:

- Besuch des Kindergartens
- Schüler
- Auszubildender
- Student
- berufstätig

(bitte ankreuzen)

3. Kind lebt in Wohnung (ja / nein)

(wenn ja, bitte ankreuzen)

Sohn / Tochter

(wenn ja, bitte eintragen)

Geburtsdatum: _____ (Datum)

(zutreffendes ankreuzen; **1 Kreuz**)

zum Zeitpunkt des Unfallereignisses:

- Besuch des Kindergartens
- Schüler
- Auszubildender
- Student
- berufstätig

c) im Haushalt lebende (weitere) Verwandte:

(wenn zutreffend bitte ankreuzen) **1. Person** (ja / nein)

(wenn ja, bitte eintragen)

Art der Verwandtschaft: _____
Geburtsdatum: _____ (Datum)
Mithilfe im Haushalt: _____ Stunden/Woche
Einkommen aus Beruf _____ € (netto, ca.)

(wenn zutreffend bitte ankreuzen) **2. Person** (ja / nein)

(wenn ja, bitte eintragen)

Art der Verwandtschaft: _____
Geburtsdatum: _____ (Datum)
Mithilfe im Haushalt: _____ Stunden/Woche
Einkommen aus Beruf _____ € (netto, ca.)

d) Besonderheiten

(wenn zutreffend bitte ankreuzen) pflegebedürftige Personen im Haushalt (ja / nein)

(gegebenenfalls bitte eintragen)

Anzahl: _____ Personen
Art der Behinderung: _____
Pflegeaufwand: _____ Stunden/Woche

(wenn zutreffend bitte ankreuzen) Leistet eine im Haushalt lebende Person Schichtarbeit?

(ja / nein)

(wenn ja, bitte eintragen)

Wer leistet Schichtarbeit?

(wenn zutreffend bitte ankreuzen)

Liegt Pendelarbeit/Montage vor? (ja / nein)

(wenn ja, bitte eintragen)

Wer?

Abwesenheit: Stunden/Woche

C. Verrichtung der Hausarbeit durch Dritte vor dem Unfall

a) nicht im Haushalt lebende Hilfskräfte, vor Eintritt des Schadenfalls

(bitte eintragen)

Anzahl Hilfspersonen Personen

Namen und Anschrift: Name

Straße

PLZ/Ort

Art der Hilfe:

(bspw. Putzkraft, Kinderbetreuung, Pflegedienst)

Mithilfe im Haushalt: Stunden/Woche

Kosten: Stunden/Woche

b) Auslagerung von Haushaltstätigkeiten, vor Eintritt des Schadenfalls (bitte eintragen)

(z.B. Wäsche in Reinigung gegeben, Essen liefern lassen, Hausaufgabenhilfe, etc.)

D. MAHLZEITEN

(bitte eintragen)

Anzahl warme Mahlzeiten, die pro Woche in ihrem Haushalt gegeben werden:

Mittagessen: / Woche

Abendessen: / Woche

E: HAUSHALTSFÜHRUNG VOR DEM UNFALL

Welche Arbeitsleistungen haben Sie **vor** dem Schadensereignis tatsächlich erbracht?

(bitte ankreuzen und Stundenzahl angeben)

a) Nahrungszubereitung/Kochen (ja / nein)

wenn ja: wöchentlicher Zeitaufwand: Stunden/Woche

b) Einkauf (ja / nein)

wenn ja: wöchentlicher Zeitaufwand: Stunden/Woche

c) Nahrungszubereitung (kochen) (ja / nein)

wenn ja: wöchentlicher Zeitaufwand: Stunden/Woche

d) Geschirrspülen (ja / nein)

wenn ja: wöchentlicher Zeitaufwand: Stunden/Woche

e) Wäschereinigung, -pflege, -instandhaltung (ja / nein)

wenn ja: wöchentlicher Zeitaufwand: Stunden/Woche

f) Bügeln (ja / nein)

wenn ja: wöchentlicher Zeitaufwand: Stunden/Woche

g) Putzen, Aufräumen, Hausreinigung (ja / nein)

wenn ja: wöchentlicher Zeitaufwand: Stunden/Woche

h) Betreuung der Kinder oder anderer Haushaltspersonen (ja / nein)

wenn ja: wöchentlicher Zeitaufwand: Stunden/Woche

i) Schriftwechsel mit Behörden, Banken, Versicherungen, etc./Behördengänge (ja / nein)

wenn ja: wöchentlicher Zeitaufwand: Stunden/Woche

j) sonstige Haushaltstätigkeiten: *(gegebenenfalls bitte eintragen)*

k) Durften und konnten Sie vor dem Unfall ein Fahrzeug führen (Autofahren)? (ja / nein)

F. SCHADENSFALL, ART UND DAUER DER BEHANDLUNG

(bitte eintragen)

Datum des Schadensfalls:

Art der Verletzung: *(bitte eintragen)*

(bitte eintragen)

Krankenhausaufenthalt:

Tage

vom:

(Datum)

bis:

(Datum)

(bitte eintragen)

Dauer ambulante Behandlung:

Tage

vom:

(Datum)

bis:

(Datum)

Wie haben sich die Verletzungen ausgewirkt? Welche Bewegungen konnten nicht ausgeführt werden?*(bitte eintragen)*

(bitte ankreuzen, 1 Kreuz) Sämtliche Behandlungsunterlagen wurden bereits eingereicht
 Behandlungsunterlagen werden nachgereicht

(bitte ankreuzen) Ist die Behandlung abgeschlossen? (ja / nein)

(bitte ankreuzen) Verbleibt ein Dauerschaden? (ja / nein)

wenn ja: welcher Dauerschaden?(bitte eintragen)

G. HAUSHALTSFÜHRUNG NACH DEM UNFALL

(bitte ankreuzen) Wurde eine Hilfskraft eingestellt? (ja / nein)

Wer hat nach dem Unfall welche Tätigkeit verrichtet? (bitte ankreuzen)

a) Nahrungszubereitung/Kochen:

- weiterhin ich selbst
- Ehepartner/Partner
- Kind/Kinder
- Haushaltshilfe
- sonstiger: _____ (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht mehr verrichten konnten, warum? (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht verrichten konnten, bitte ankreuzen (1 Kreuz):

- Tätigkeit kann heute nach wie vor nicht von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder teilweise von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder vollständig von Ihnen ausgeübt werden

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht, bzw. nicht vollständig verrichten konnten, bitte eintragen:

1. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.
2. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

3. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

b) Einkauf:

- weiterhin ich selbst
- Ehepartner/Partner
- Kind/Kinder
- Haushaltshilfe
- sonstiger: _____ (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht mehr verrichten konnten, warum? (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht verrichten konnten, bitte ankreuzen (1 Kreuz):

- Tätigkeit kann heute nach wie vor nicht von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder teilweise von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder vollständig von Ihnen ausgeübt werden

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht, bzw. nicht vollständig verrichten konnten, bitte eintragen:

1. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

2. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

3. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

c) Nahrungszubereitung (kochen) :

- weiterhin ich selbst
- Ehepartner/Partner
- Kind/Kinder
- Haushaltshilfe
- sonstiger: _____ (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht mehr verrichten konnten, warum? (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht verrichten konnten, bitte ankreuzen (1 Kreuz):

- Tätigkeit kann heute nach wie vor nicht von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder teilweise von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder vollständig von Ihnen ausgeübt werden

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht, bzw. nicht vollständig verrichten konnten, bitte eintragen:

1. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

2. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

3. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

d) Geschirrspülen:

- weiterhin ich selbst
- Ehepartner/Partner
- Kind/Kinder
- Haushaltshilfe
- sonstiger: _____ (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht mehr verrichten konnten, warum? (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht verrichten konnten, bitte ankreuzen (1 Kreuz):

- Tätigkeit kann heute nach wie vor nicht von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder teilweise von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder vollständig von Ihnen ausgeübt werden

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht verrichten konnten, bitte eintragen:

1. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.
2. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.
3. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

e) Wäschereinigung, -pflege, -instandhaltung:

- weiterhin ich selbst
- Ehepartner/Partner
- Kind/Kinder
- Haushaltshilfe
- sonstiger: _____ (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht mehr verrichten konnten, warum? (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht verrichten konnten, bitte ankreuzen (1 Kreuz):

- Tätigkeit kann heute nach wie vor nicht von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder teilweise von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder vollständig von Ihnen ausgeübt werden

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht, bzw. nicht vollständig verrichten konnten, bitte eintragen:

1. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.
2. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.
3. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

f) Bügeln:

- weiterhin ich selbst
- Ehepartner/Partner
- Kind/Kinder
- Haushaltshilfe
- sonstiger: _____ (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht mehr verrichten konnten, warum? (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht verrichten konnten, bitte ankreuzen (1 Kreuz):

- Tätigkeit kann heute nach wie vor nicht von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder teilweise von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder vollständig von Ihnen ausgeübt werden

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht, bzw. nicht vollständig verrichten konnten, bitte eintragen:

1. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.
2. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.
3. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

g) Putzen, Aufräumen, Hausreinigung:

- weiterhin ich selbst
- Ehepartner/Partner
- Kind/Kinder
- Haushaltshilfe
- sonstiger: _____ (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht mehr verrichten konnten, warum? (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht verrichten konnten, bitte ankreuzen (1 Kreuz):

- Tätigkeit kann heute nach wie vor nicht von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder teilweise von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder vollständig von Ihnen ausgeübt werden

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht, bzw. nicht vollständig verrichten konnten, bitte eintragen:

1. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.
2. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.
3. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

h) Betreuung der Kinder oder anderer Haushaltspersonen:

- weiterhin ich selbst
- Ehepartner/Partner
- Kind/Kinder
- Haushaltshilfe
- sonstiger: _____ (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht mehr verrichten konnten, warum? (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht verrichten konnten, bitte ankreuzen (1 Kreuz):

- Tätigkeit kann heute nach wie vor nicht von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder teilweise von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder vollständig von Ihnen ausgeübt werden

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht, bzw. nicht vollständig verrichten konnten, bitte eintragen:

1. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.
2. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.
3. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

i) Schriftwechsel mit Behörden, Banken, Versicherungen, etc./Behördengänge:

- weiterhin ich selbst
- Ehepartner/Partner
- Kind/Kinder
- Haushaltshilfe
- sonstiger: _____ (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht mehr verrichten konnten, warum? (bitte eintragen)

Wenn Sie selbst die Tätigkeit nicht verrichten konnten, bitte ankreuzen (1 Kreuz):

- Tätigkeit kann heute nach wie vor nicht von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder teilweise von Ihnen ausgeübt werden
- Tätigkeit kann heute wieder vollständig von Ihnen ausgeübt werden

Wenn Sie die Tätigkeit nicht, bzw. nicht vollständig verrichten konnten, bitte eintragen:

1. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.
2. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.
3. Im Zeitraum vom _____ bis _____ (Datum) betrug die Beeinträchtigung _____ %.

j) sonstige Haushaltstätigkeiten: *(gegebenenfalls bitte eintragen)*

k) Konnten Sie nach dem Unfall unbedingte kein Fahrzeug führen (Autofahren)?

(nein / doch)

(wenn nein:) Bis wann konnten Sie kein Fahrzeug führen: bis zum (Datum)

G. BERMERKUNGEN/SONSTIGES:

(Platz für weitere Bemerkungen)

Ort, Datum

Unterschrift
