

# 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:  m<sup>2</sup>  
(ohne Küche, Keller, Dachboden und Garage)

Gesamtfläche der Wohnung:  m<sup>2</sup>  
(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:  m<sup>2</sup>  
davon Ziergaten:  m<sup>2</sup>

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.:  m<sup>2</sup>

#### 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**

---