

Fragebogen zum Haushaltsführungsschaden

ANGABEN ZUR PERSON

Name des Verletzten:

Art und Umfang der Schäden:

Zeitraum der Krankschreibung des Verletzten:

von:	bis:	zu:	%
von:	bis:	zu:	%

ANGABEN ZUM HAUSHALTSVERHÄLTNIS

Personen, die in dem betreffenden Haushalt leben:

Name:	Alter:	erwerbstätig?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja:	Std./Woche
Name:	Alter:	erwerbstätig?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja:	Std./Woche
Name:	Alter:	erwerbstätig?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja:	Std./Woche
Name:	Alter:	erwerbstätig?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja:	Std./Woche

Größe der Wohnfläche: m² Wohnung Haus Garten: m²
Anzahl der Räume:
Sonstiges (Haustiere, pflegebedürftige Bewohner etc.):

HILFSPERSONAL VOR DEM UNFALL

Wurde bereits vor dem Schadensereignis Hilfspersonal in Anspruch genommen?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	Putzhilfe:	Std./Woche
		Wirtschafterin o.Ä.:	Std./Woche

MAHLZEITEN IM HAUSHALT

Wie viele warme Mahlzeiten werden im Haushalt pro Woche eingenommen?

Frühstück: Mittag: Abendbrot:

HAUSHALTSARBEIT IN WOCHENSTUNDEN

Tätigkeit	Std./ Woche	übernommen durch	Minderung der Haushaltsführu ng in %	konkrete Beeinträchti- gung
Nahrungszubereitung				
Geschirrspülen				
Putzen, Aufräumen				
Wäschewaschen				
Gartenarbeit				
Betreuung von Kindern				
Sonstiges				
Gesamt:				

Datum, Ort:

Unterschrift: