

Fragebogen Haushaltsführung

Name: _____ Unser Zeichen: _____

Hinweis: Zutreffendes gegebenenfalls ankreuzen oder näher beschreiben. Bei Mehrfachnennungen nichtzutreffendes durchstreichen.

I. Haushaltsgröße

1. Zahl der im Haushalt lebenden Personen: _____ darunter
_____ Kinder im Alter von _____
2. Geschädigte(r)
 - 2.1 verheiratet / anerkannte Partnerschaft / Beziehung seit: _____
 - 2.2 _____ geschieden / getrennt lebend / verwitwet seit: _____
 - 2.3 Erwerbstätigkeit neben der Arbeit im Haushalt: nein, ja, seit: _____
 - 2.4 Beschäftigt / tätig mit _____ Stunden / Woche als Angestellter /
Arbeiter / Beamter / Selbstständiger
 - 2.5 Prozentualer Beschäftigungsgrad: _____
 - 2.6 Ausgeübter Beruf: _____
 - 2.7 Wegezeit: _____ Stunden / Tag
3. Ehepartner / Lebenspartner / Partner
 - 3.1 Name und Geburtsdatum: _____
 - 3.2 Erwerbstätigkeit neben der Arbeit im Haushalt: nein/ja, seit: _____
 - 3.3 Beschäftigt / tätig mit _____ Stunden / Woche als Angestellter /
Arbeiter / Beamter / Selbstständiger
 - 3.4 Prozentualer Beschäftigungsgrad: _____
 - 3.5 Ausgeübter Beruf: _____
 - 3.6 Wegezeit: _____ Stunden / Tag

4. Kinder

4.1 Tochter / Sohn

Name, Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Arbeitszeit (auch Schule) Stunden / Woche: _____

im Haushalt wohnend/auswärts wohnend

4.2 Tochter, Sohn

Name, Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Arbeitszeit (auch Schule) Stunden / Woche: _____

im Haushalt wohnend/auswärts wohnend

4.3 .. weitere Kinder bitte auf separatem Blatt angeben

5. Im Haushalt lebende Verwandte

5.1 Name, Geburtsdatum: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Mithilfe im Haushalt: _____ Stunden / Woche

5.2 Name, Geburtsdatum: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Mithilfe im Haushalt: _____ Stunden / Woche

6. Andere im Haushalt lebende Personen

Beachte: Untermieter sind hier nicht zu nennen.

6.1 Name, Geburtsdatum: _____

Mithilfe im Haushalt: _____ Stunden / Woche

Stellung im Haushalt: _____

7. Besonderheiten des Haushalts

7.1 Pflegebedürftige haushaltsangehörige Person

Name: _____

Art der Behinderung: _____

Pflegestufe laut Versicherung: _____

Pflegeaufwand _____ Stunden / Woche

7.2 Schichtarbeit

Name: _____

7.3 Regelmäßige Auswärtstätigkeit

Name: _____

Abwesenheit von zuhause: _____ Tage / Woche

8. Hilfskräfte vor Eintritt des Schadensereignisses

8.1 Stunden-, Putzhilfe, Haushälterin, Babysitter, sonstige für den bzw. im Haushalt gegen Entgelt beschäftigte Personen und/oder Unternehmen (z.B. Reinigungsdienst)

Name: _____ Tätigkeitsbereich(e): _____

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

Bruttoentgelt: _____ € / Stunde oder _____ € / Monat

gegebenenfalls Fahrtkosten und / oder Verpflegungs- oder sonstige weitere Kosten (mit näherer Beschreibung):

_____ € / Stunde oder _____ € / Monat

8.2 Fremdbetreuung des/der Kinder

Nähere Beschreibung:

Zeit: _____ Stunden / Tag oder _____ Stunden / Woche

9. Wurde als Folge des Schadensereignisses eine Hilfskraft eingestellt?

nein / ja, wenn ja: _____ Datum der Einstellung: _____

Tätigkeitsbereich(e): _____

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

Bruttoentgelt: _____ € / Stunde oder _____ € / Monat

gegebenenfalls Fahrtkosten und / oder Verpflegungs- oder sonstige weitere Kosten (mit näherer Beschreibung):

_____ € / Stunde oder _____ € / Monat

10. Andere, weitere Veränderungen der Haushaltssituation nach dem Schadensereignis gegenüber der Situation vor dem Schadensereignis, die aus Sicht der Anspruch stellenden Person für die Lebensführung und -gestaltung bedeutsam sind oder für bedeutsam gehalten werden könn(t)en:

11. Werden bzw. wurden aus Anlass des Schadensfalls Geldleistungen Dritter, insbesondere von Versicherungen erbracht?

nein / ja, im Einzelnen:

11.1 Beschreibung der Leistung: _____

Leistender: _____

Zeitraum: vom _____ bis _____

Höhe: einmalig _____ € oder _____ € / Tag / Woche

Bemerkungen: _____

12. Ergänzende Angaben

II. Wohnverhältnisse

1. Eigentum, Miete

2. Einfamilienhaus / Zweifamilienhaus / Mehrfamilienhaus

_____ Erdgeschoss, _____ Stockwerk

_____ Fahrstuhl

3. Wohnfläche insgesamt: _____ m²

Anzahl Räume: _____

4. Garten nein / ja, Größe: _____

III. Minderung der Haushaltsführungsfähigkeit

Bitte füllen Sie folgende Tabelle entsprechend der konkreten Zeit Ihrer Beeinträchtigung aus. Beachten Sie das beiliegende Beispiel.

Tätigkeit	Häufigkeit (täglich, wöchentlich, jährlich)	Dauer der Tätigkeit im unbeeinträchtigten Zustand (in Stunden)	Dauer der Tätigkeit im beeinträchtigten Zustand (in Stunden; Zeitmehrbedarf oder 0 bei Unmöglichkeit der Ausübung)	Beeinträchtigung	Dauer / Zeitraum von bis
Mahlzeiten zubereiten					
Abwaschen, Geschirr räumen, Tisch decken					
Einkaufen					
Putzen, aufräumen					
Waschen, bügeln					

Reparieren, renovieren, schneidern					
Gartenarbeit					
Administrative Arbeiten					
Kinderbetreuung					
Betreuung erwachsener Haushaltsmitglieder					
Kleinarbeiten					

Datum: _____

Unterschrift

Beispiel

Tätigkeit	Häufigkeit (täglich, wöchentlich, jährlich)	Dauer der Tätigkeit im unbeeinträchtigten Zustand (in Stunden)	Dauer der Tätigkeit im beeinträchtigten Zustand (in Stunden; Zeitmehrbedarf oder 0 bei Unmöglichkeit der Ausübung)	Beeinträchtigung	Dauer / Zeitraum von bis
Mahlzeiten zubereiten	<i>täglich</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>Pausen nötig, Schmerzen, Schwindel</i>	<i>1.1.2020 – 15.1.2020</i>
Abwaschen, Geschirr räumen, Tisch decken	<i>täglich</i>	<i>1</i>	<i>1,5</i>	<i>wie oben</i>	<i>1.1.2020 – 15.1.2020</i>
Einkaufen	<i>2 x wöchentlich</i>	<i>3,5</i>	<i>0</i>	<i>Auto fahren und tragen der Einkäufe nicht möglich</i>	<i>1.1.2020 – 25.1.2020</i>
Putzen, aufräumen	<i>wöchentlich</i>	<i>5</i>	<i>0</i>	<i>Extremer Schwindel bei häufigem Bücken, wurde vom Partner übernommen</i>	<i>1.1.2020 – 15.1.2020</i>
Waschen, bügeln	<i>.....</i>				