
Fragebogen zur Berechnung des Haushaltsführungsschadens

I. Personen im Haushalt

1. Anzahl: _____, darunter Kinder. _____

2. Ehemann _____

Geburtsdatum: _____

.
Ausgeübter Beruf: _____

Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden

Einkommen (netto ca.): _____ EUR

3. Ehefrau _____

Geburtsdatum: _____

.
Ausgeübter Beruf: _____

Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden

Einkommen (netto ca.): _____ EUR

4. Kinder im Haushalt _____

a. erstes Kind
Sohn () oder Tochter ()

Geburtsdatum: _____

eventuell Beruf/Ausbildung/Studium: _____

b. zweites Kind
Sohn () oder Tochter ()

Geburtsdatum: _____

eventuell Beruf/Ausbildung/Studium: _____

c. drittes Kind

Sohn () oder Tochter ()

Geburtsdatum: _____

eventuell Beruf/Ausbildung/Studium: _____

5. Im Haushalt lebende Verwandte

a. erste Person

Alter: _____

Mithilfe im Haushalt in Stunden: _____

b. zweite Person

Alter: _____

Mithilfe im Haushalt in Stunden: _____

6. Haushalts**NETTO**einkommen (ca.): _____

EUR

(alle Einnahmen einschließlich Wohngeld, Kindergeld etc.)

II. Rechtliche Wohnlage (zutreffendes ankreuzen)

Eigentum () Pacht/Miete () Mehrfamilienhaus ()

Einfamilienhaus () Zweifamilienhaus ()

III. Wohnverhältnisse

a. Wohnfläche: _____qm

b. Anzahl Räume: _____

c. Heizart: _____ (ohne Küche)

Datum und Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Seite 2 von 4

IV. Garten

Größe: _____qm , davon Ziergarten: _____qm / Nutzgarten: _____qm

Lage: am Haus () oder Entfernung ca. _____km

V. Hilfskräfte, vor Eintritt des Schadensfalls

Art der Hilfe:

Umfang der Hilfe:

VI. technische Ausstattung:

Kühlschrank () Gefrierschrank () Gefriertruhe ()
Geschirrspülmaschine () Waschvollautomat () Wäschetrockner ()

VII. Mahlzeiten

1. Teilnahme an Außer-Haus-Verpflegung

() Ehemann: _____Anzahl Mahlzeiten/Woche

() Ehefrau: _____Anzahl Mahlzeiten/Woche

() 1.Kind: _____Anzahl Mahlzeiten/Woche

() 2.Kind: _____ Anzahl Mahlzeiten/Woche

() 3.Kind: _____ Anzahl Mahlzeiten/Woche

VIII. Auslagerung bzw. Vergaben von Haushaltsaufgaben (z.B Wäsche Reinigung):

Datum und Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

IX. Besonderheiten

pflegebedürftige Personen:

Art der Behinderung:

Pflegeaufwand: _____ Std./Woche

Schichtarbeit: wer?

Montage-/ Pendelarbeit: wer?

Abwesenheit von Haushalt _____Tage/Woche

X. Ersatzkraft anlässlich des Unfalls

Wurde eine solche eingestellt?:

nein

ja

von wann bis wann: _____

Arbeitszeit je Woche: _____Stunden

Bruttolohn: _____EUR

XI. sonstige Besonderheiten des Haushalts:

Datum und Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)