

Fragebogen Haushaltsführungsschaden

Name, Vorname

Aktenzeichen HELIS

Unfalldatum

Im Haushalt lebende Personen

Im Haushalt lebe ich gemeinsam mit weiteren Personen.

Davon sind volljährig;

im Alter zwischen 0 bis 1 Jahre;

im Alter zwischen 2 bis 7 Jahre;

im Alter zwischen 8 bis 12 Jahre;

im Alter zwischen 13 bis 17 Jahre;

Personen sind pflegebedürftig (bitte Nachweis beifügen).

Angaben zur Wohnsituation

Die gesamte Wohnfläche beträgt m².

Anzahl der Zimmer

Davon sind ca. m² mit Steinboden / Parkett und m² mit Teppichboden ausgelegt.

Mein Garten / Grünfläche ist ca. m² groß.

Die Hofeinfahrt samt vorgelagertem Bürgersteig ist ca. m² groß.

Umfang der Haushaltstätigkeit

Vor meiner Verletzung habe ich im Durchschnitt ca. Stunden pro Woche an Haushaltstätigkeit aufgewandt.

Zu meiner Haushaltstätigkeit
gehörte vor dem Unfall:

Während meiner Krankheit konnte
ich diese Haushaltstätigkeit nicht
ausführen:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> |
| Wäsche trocknen | <input type="checkbox"/> |
| Wäsche bügeln | <input type="checkbox"/> |
| Wäsche einräumen | <input type="checkbox"/> |
| Staubsaugen/Bodenwischen | <input type="checkbox"/> |
| Geschirr spülen | <input type="checkbox"/> |
| Kochen | <input type="checkbox"/> |
| Einkaufen | <input type="checkbox"/> |
| Kinderbetreuung | <input type="checkbox"/> |
| Gartenarbeit | <input type="checkbox"/> |
| Fenster putzen | <input type="checkbox"/> |
| Winterdienst | <input type="checkbox"/> |
| Haustierhaltung | <input type="checkbox"/> |
| Wohnung allgemein aufräumen | <input type="checkbox"/> |
| Abwicklung von Schriftverkehr | <input type="checkbox"/> |
| Bankgeschäfte | <input type="checkbox"/> |
| Autopflege | <input type="checkbox"/> |
| Pflege von Angehörigen | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

- | |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Bemerkungen: