

Fragebogen für Mandanten – Schadensberechnung

Rechtsanwaltskanzlei Rassi Warai - Viktoriastr. 36 - 32423 Minden - Tel. 0571 385 65 72 - www.warai.de

<u>Persönliche Angaben</u>	<u>Ihre Angaben</u>
Mandant (Name, Anschrift)	_____
Patient (Name, Anschrift)	_____
Anmerkung	<p>Die nachfolgend abgefragten Angaben benötigen wir, um in Ihrer Angelegenheit den entstandenen Schaden konkret zu beziffern.</p> <p>Im Zusammenhang mit einer Beeinträchtigung der Gesundheit können beispielsweise nachfolgende Positionen eine Rolle spielen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kosten zur Wiederherstellung Ihrer Gesundheit (Gesundheitsschaden, Heilungskosten)• vermehrte Bedürfnisse aufgrund Ihrer verletzungsbedingt veränderten Lebensumstände oder der Restitution Ihres körperlichen Wohlbefindens (Mehrbedarfsschaden)• Ausgleich für die Beeinträchtigung Ihrer Erwerbstätigkeit (Erwerbsschaden)• Kompensation Ihrer weggefallenen unentgeltlichen Arbeit im Haushalt (Haushaltsführungsschaden bzw. Hausarbeitsschaden) oder Ihrer sonstigen unentgeltlichen Tätigkeiten• Entschädigung für die immaterielle Belastung Ihrer Lebensfreude (Schmerzensgeld) <p>In diesem Zusammenhang möchten wir Ihnen empfehlen alle Belege, die im Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis stehen, zu sammeln und aufzubewahren. Ferner raten wir Ihnen an, über alle weiteren Ereignisse und Positionen aus denen sich ein Zusammenhang zum schädigenden Ereignis ergibt, in eine Art „Tagebuch“ (mit Datum und Uhrzeit) aufzulisten und mit kurzen Notizen oder Erläuterungen zu versehen. Insbesondere empfiehlt es sich Schmerzen und sonstige Begleitumstände chronologisch unter Angabe der Schmerz- bzw. Beeinträchtigungsstärke in dieses „Tagebuch“ aufzunehmen.</p>

<u>Schadens-Positionen</u>	
	(Bitte geben Sie durch ein Setzen eines Kreuzes neben den Feldern „Ja“ oder „Nein“ an, welche Kosten entstanden sind und geben Sie die entsprechende Höhe der Kosten an. Für etwaige ergänzende Angaben fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt anbei und vermerken Sie hierbei bitte auch die Ziffer auf die sich die jeweilige Angabe bezieht – etwa „Ergänzung zu A. IV.“ anbei)
A. Schaden durch etwaige Heilungskosten	I. Mehrkosten privatärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ EUR
	II. Heilbehandlung im Ausland <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ EUR
	III. Kosmetische Operation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ EUR
	IV. Besuchskosten naher Angehöriger im Krankenhaus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ EUR
	V. Nebenkosten im Krankenhaus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ EUR
	VI. Ersparte Verpflegungskosten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ EUR
	VII. Eigenbeteiligung bei Medikamenten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ EUR
	VIII. Sonstige Kosten für Medikamente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ EUR

B. Schaden durch den verletzungsbedingten Mehrbedarf

I. Orthopädische Hilfsmittel

ja nein _____ EUR

II. Behindertenwerkstatt

ja nein _____ EUR

III. Verletzungsbedingte Diät

ja nein _____ EUR

IV. Schreib-/Lesehilfe

ja nein _____ EUR

V. Haushaltshilfe

ja nein _____ EUR

VI. Höhere Heiz-/Strom-/Wasserkosten

ja nein _____ EUR

VII. Kleidermehrverschleiß

ja nein _____ EUR

VIII. Körperpflegemittel

ja nein _____ EUR

IX. Kuren

ja nein _____ EUR

X. Automatikgetriebe

ja nein _____ EUR

XI. Pflegekosten auch Kosten Pflegeheim

ja nein _____ EUR

XII. Fiktiver Nettolohn Pflegehilfskraft bei Pflege durch Angehörige (bitte geben Sie *[ggf. auf einem gesonderten Blatt unter Angabe der Ziffer B. XII.]* den Zeitraum an, in welchem Sie einen Pflegebedarf hatten und wie viele Stunden pro Tag der Bedarf bestand)

ja nein _____ EUR *[ges. Blatt: Datum, Uhrzeit, Dauer, Art der Pfllegetätigkeit]*

XIII. Privatunterricht

ja nein _____ EUR

XIV. Mehrbedarf der Anmietung einer geeigneten Wohnung

ja nein _____ EUR

XV. Behindertengerechter Umbau einer Wohnung

ja nein _____ EUR

XVI. Fahrtkosten für Fahrten zu Behandlungsterminen oder Heilbehandlungen

ja nein _____ EUR

XVII. Fahrtkosten bei Nutzung eines eigenen Pkw (bitte geben Sie die gefahrenen Kilometer für den Hin- und Rückweg an)

ja nein _____ EUR Hin _____ km Rück _____ km

XVIII. Mehraufwand an Telefon-/Portokosten

ja nein _____ EUR

C. Erwerbsschaden

I. Mindereinkünfte (bitte geben Sie uns hier an, was Sie ohne das schädigende Ereignis bekommen hätten)

1. Nettogehalt inklusive Urlaubsgeld, Sonderzahlungen, Gratifikationen

ja nein _____ EUR

2. Überstundenvergütung, Schichtzulage

ja nein _____ EUR

3. Arbeitslosengeld

ja nein _____ EUR

4. Nebeneinkünfte, Trinkgelder

ja nein _____ EUR

5. Gewinn bei Selbständigen

ja nein _____ EUR

6. Gewinnbeteiligung eines Gesellschafters

ja nein _____ EUR

7. Mithilfe im Familienbetrieb (Art und Dauer der Tätigkeit und ein hierfür üblicher Lohn)

ja nein _____ EUR Tätigkeitsart _____/Tätigkeitsdauer _____ Std

8. Verspäteter Eintritt ins Berufsleben, höhere Ausbildungskosten

ja nein _____ EUR

9. Vereitelte Arbeitsleistung im Haushalt (z.B. Reparaturen, Tapezieren)

ja nein _____ EUR Tätigkeitsart _____/Tätigkeitsdauer _____ Std

10. Ausfall Eigenleistung beim Hausbau oder Umbau

ja nein _____ EUR Tätigkeitsart _____/Tätigkeitsdauer _____ Std

11. Prämienhöhung, Risikozuschläge bei Versicherungen

ja nein _____ EUR

12. Rentenminderung

ja nein _____ EUR

13. Spesen (z.B. für Verpflegung bei Selbstverpflegung), soweit sie nicht verwendet worden wären

ja nein _____ EUR

14. Sozialversicherungsfreie Nettoeinnahmen

ja nein _____ EUR

II. Entschädigung für Einsatz der verbliebenen Arbeitskraft (wird zum Abzug gebracht, wenn Sie etwa nur noch halbtags arbeiten können)

ja nein _____ EUR

III. Minderverdienst auf Grund verletzungsbedingten Berufswechsel oder verletzungsbedingter Umschulung (es ist nur die Differenz zum ursprünglichen Einkommen anzugeben)

ja nein _____ EUR

IV. Umschulungskosten

ja nein _____ EUR

D. Haushaltsführungs-
schaden

(Bitte geben Sie uns so genau wie möglich Auskunft über Ihren gewöhnlichen Tagesablauf vor der Verletzung)

I. Wie viel Personen umfasst Ihr Haushalt

_____ Personen, darunter _____ Kinder (Alter der Kinder _____)

II. Wie sind Ihre Wohnverhältnisse

Einfamilienhaus _____ qm Wohnfläche

Mehrfamilienhaus _____ qm Wohnfläche

Eigentum

Miete

_____ Stockwerk

_____ Anzahl der Räume (ohne Küche)

Garten _____ qm Gartenfläche

Gartenteich _____ qm Teichfläche

Kleintierzucht _____ Anzahl Kleintiere _____ qm Fläche Stallungen

III. Haben Sie Hilfskräfte benötigt

Putzhilfe _____ Std./Woche _____ Lohn EUR/Std.

Babysitter _____ Std./Woche _____ Lohn EUR/Std.

IV. Mithilfe des Ehegatten?

_____ Std./Woche Ehegatte

Mithilfe beim Einkauf

Nahrungszubereitung

Geschirrspülen

Putzen, Aufräumen, Raumreinigung

Wäschereinigung

Wäschepflege, -instandhaltung

Gartenarbeit

Haushaltsführung

Betreuung (Kinder oder andere Haushaltspersonen)

Sonstige Hausarbeiten (z. B. Kleinreparaturen)

V. Mithilfe der Kinder?

_____ Std./Woche Kinder

Mithilfe beim Einkauf

Nahrungszubereitung

Geschirrspülen

Putzen, Aufräumen, Raumreinigung

Wäschereinigung

Wäschepflege, -instandhaltung

Gartenarbeit

Haushaltsführung

Betreuung (Kinder oder anderer Haushaltspersonen)

Sonstige Hausarbeiten (z. B. Kleinreparaturen)

VI. Ausstattung der Wohnung?

- Kühlschrank
 - Gefrierschrank
 - Gefriertruhe
 - Küchenmaschine
 - Handrührgerät
 - Mikrowelle
 - Geschirrspülmaschine
 - Waschvollautomat
 - Waschautomat
 - Schleuder
 - Wäschetrockner
 - Bügeleisen
 - Heimbügler
 - Nähmaschine
 - Staubsauger
 - Fliesen in den Räumen _____
 - Parkett in den Räumen _____
 - andere Bodenbelege in den Räumen _____
- sonstiges: _____

VII. Besonderheiten Ihres Haushalts?

- _____ pflegebedürftige Personen, _____ Art der Behinderung,
_____ Pflegestufe lt. Pflegeversicherung, Pflegeaufwand _____ Std./Woche
- Schichtarbeit: Wer? _____
- Pendelarbeit: Wer? _____
- Abwesenheit von zu Haus: _____ Stunden/Woche
- Repräsentationspflichten (z.B. im Unternehmen), Häufigkeit _____ Std./Woche

VIII. Wurde/wird als Folge des Schadensereignisses eine Ersatzkraft eingestellt?

1. Datum der Einstellung: _____
2. Einstellung als: _____
3. Arbeitszeit: _____ Std./Woche
4. Bruttolohn: _____ EUR/Monat
Nebenleistungen (ggf. geschätzt): _____ EUR/Monat

IX. Behinderungen bei der Arbeitserledigung im Haushalt?

1. vor Eintritt des Schadensereignisses? _____
2. nach Eintritt des Schadensereignisses?
 - a) Einkauf? _____

b) Nahrungszubereitung? _____

c) Geschirrspülen? _____

d) Putzen, Aufräumen, Raumreinigung? _____

e) Wäschereinigung, -pflege, -instandhaltung? _____

f) Gartenarbeit? _____

g) Haushaltführung? _____

h) Betreuung/Pflege (Kinder oder andere Haushaltspersonen)? _____

i) Sonstige Hausarbeiten? _____

3. geschätzte Behinderung in der Hausarbeit insgesamt (am besten in Prozent)? _____ %

4. Von wem wurden die Arbeiten übernommen, die Sie nicht mehr ausführen können? _____

5. Sind als Folge des Schadensereignisses Änderungen im Haushalt vorgenommen worden?

a) Zusätzliche Arbeiten? Von wem werden diese geleistet (Angabe einschl. Std./Woche)?

b) Bauliche Änderungen? _____

c) Technische Änderungen (z. B. Anschaffung von Haushaltsgeräten)? _____

d) Organisatorische Änderungen? _____

e) Sonstige Änderungen? _____

E. Andere unentgeltliche Tätigkeiten

(Bitte geben Sie uns so genau wie möglich Auskunft über Tätigkeiten, die Sie vor der Verletzung ausgeführt haben)

I. Betreuungstätigkeit?

II. Pfl egetätigkeit?

III. Mitarbeit bei einem unterhaltsberechtigten Angehörigen, insbesondere dem Ehe- oder (rechtlich gleichgestellten) Lebenspartner?

IV. Mitarbeit im familienfremden Betrieb oder Unternehmen (auch Landwirtschaft)?

V. Familiäre Dienstleistungspflicht?

VI. Freiwillige, ehrenamtliche Dienstleistungen?

VII. Gefälligkeiten ohne relevanten wirtschaftlichen Wert?

F. Schmerzensgeld

I. Ist bei Ihnen ein Dauerschaden oder eine bleibende Beeinträchtigung entstanden?

II. Haben Sie psychische Beeinträchtigungen?

III. Wie alt waren Sie bei der Verletzung?

IV. Welche sozialen Aktivitäten können Sie nicht mehr durchführen?

V. Welchen Hobbys können Sie nicht mehr nachgehen?

VI. Liegen andere besondere Beeinträchtigungen vor?

VII. Dauer der stationären Aufenthalte (einschl. Kuren u. ä.):

VIII. Wie lange werden Sie voraussichtlich in welchem Maße beeinträchtigt sein?

Hinweis gem. § 33 BDSG

Daten werden elektronisch gespeichert.

Ort, Datum

Unterschrift Mandant
