

## Fragebogen nach Unfall

zur Geltendmachung von Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüchen

Sehr geehrte Mandantin!

Sehr geehrter Mandant!

Zur vollständigen Geltendmachung Ihrer Ansprüche bitten wir um gewissenhaftes Ausfüllen dieses Fragebogens. Sofern die Ihnen entstandenen Kosten/Schäden durch Belege nachweisbar sind, senden Sie uns diese bitte – sofern möglich nur per E-Mail – zu. Dies trifft auch auf die medizinischen Unterlagen betreffend Ihre Diagnose zu.

So ein Punkt auf Sie nicht zutreffen sollte, lassen Sie diesen einfach frei. Sollte der im Fragebogen vorgesehene Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte einfach weitere Seiten und verweisen auf jenen Punkt im Fragebogen, auf den sich Ihre jeweiligen Ausführungen beziehen. So sich im Nachhinein Änderungen ergeben sollten, geben Sie uns diese bitte umgehend bekannt, da wir ansonsten von Ihren in diesem Fragebogen gemachten Angaben ausgehen.

Natürlich versucht dieser Fragebogen, die üblicherweise geltend zu machenden Positionen abzudecken, jedoch kann es im Einzelfall vorkommen, dass sich der Ihnen erlittene Schaden in keine der aufgenommenen Kategorien einordnen lässt. Für solche Fälle haben wir den Punkt 9. (Sonstige Schäden) aufgenommen.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen samt Belegen per E-Mail an ([office@kanzlei-tirol.at](mailto:office@kanzlei-tirol.at)) retour.

Ihr Team von Kroker Tonini Höss & Lajlar

### **1. Name der geschädigten Person:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

### **2. Verletzung:**

Diagnose(n): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liegt ein Behandlungsendzustand vor? Ja  Nein

Können Dauerschäden ausgeschlossen werden? Ja  Nein

Bitte Atteste und sonstige medizinische Unterlagen übermitteln!

### 3. Haushaltsführung:

Ich wohne in einem/-r Haus  Wohnung

Größe: Wohnfläche \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> Garten \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Im Haushalt leben \_\_\_\_ Personen, davon \_\_\_\_\_ Kinder im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren.

Üblicherweise kümmere ich mich um folgende Tätigkeiten im Haushalt:

---

---

Die Erledigung dieser Arbeit nimmt durchschnittlich \_\_\_\_\_ Stunden/Tag in Anspruch (üblicherweise werden von den Gerichten 2h/Tag für Haushaltsführung angenommen)

Für \_\_\_\_\_ Wochen konnte ich diese Arbeiten nicht/nur im Ausmaß von ca. \_\_% ausführen.

Für \_\_\_\_\_ Wochen konnte ich diese Arbeiten nicht/nur im Ausmaß von ca. \_\_% ausführen.

Für \_\_\_\_\_ Wochen konnte ich diese Arbeiten nicht/nur im Ausmaß von ca. \_\_% ausführen.

Die Arbeiten wurden in dieser Zeit von folgenden Personen übernommen (Name und Adresse):

---

---

---

Ich habe eine Haushaltshilfe eingestellt Ja  Nein

Wenn „Ja“: eingestellt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Kosten: € \_\_\_\_\_

Die Kosten der Haushaltshilfe wurden mit € \_\_\_\_\_ von einem Krankenversicherungsträger übernommen.

#### 4. Pflegehilfe:

Ich habe Unterstützung bei der Körperpflege benötigt Ja  Nein

Bei folgenden Tätigkeiten habe ich Pflegeunterstützung benötigt:

---

---

Die Pflege nimmt durchschnittlich \_\_\_\_\_Stunden/Woche in Anspruch

Für \_\_\_\_\_Wochen konnte ich die Körperpflege nicht/nur im Ausmaß von ca. \_\_\_\_\_% ausführen.

Für \_\_\_\_\_Wochen konnte ich die Körperpflege nicht/nur im Ausmaß von ca. \_\_\_\_\_% ausführen.

Für \_\_\_\_\_Wochen konnte ich die Körperpflege nicht/nur im Ausmaß von ca. \_\_\_\_\_% ausführen.

Die Pflege wurde in dieser Zeit von folgenden Personen übernommen (Name und Adresse):

---

---

---

Ich habe eine Pflegehilfe eingestellt Ja  Nein

Wenn „Ja“: eingestellt von \_\_\_\_\_bis \_\_\_\_\_

Kosten: € \_\_\_\_\_

Die Kosten der Pflegehilfe wurden mit € \_\_\_\_\_ von einem Krankenversicherungsträger übernommen.

#### 5. Verdienstentgang:

Beruf: \_\_\_\_\_

Ich habe einen Verdienstentgang erlitten Ja  Nein

von \_\_\_\_\_bis \_\_\_\_\_

Ich bin selbstständig tätig

Ja

Nein

Unselbstständige: Übermittlung der Lohnzettel ab den letzten 3 Monaten vor dem Unfall bis zur vollständigen Wiederaufnahme der Arbeit samt allfälliger Krankengeldbescheinigungen

Lohnfortzahlung wurde vom Arbeitgeber von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ geleistet.

Krankengeld in der Höhe von € \_\_\_\_\_/Tag habe ich vom Krankenversicherer

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ erhalten.

Sonstige lohngleiche Zuschüsse in der Höhe von € \_\_\_\_\_/Tag habe ich

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_ erhalten.

Selbstständige: Übermittlung der Einkommensteuerbescheide der letzten 3 Jahre vor dem Unfall

Wurde eine Ersatzkraft eingestellt?

Ja

Nein

Wenn „Ja“: eingestellt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Kosten:€ \_\_\_\_\_

## 6. Sachschäden:

Folgende Gegenstände wurden durch den Unfall beschädigt:

Gegenstand	Neupreis	Alter
_____	€ _____	_____
_____	€ _____	_____
_____	€ _____	_____

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Bitte vorhandene Belege übermitteln!

Folgende beschädigte Gegenstände wurden nach dem Unfall repariert:

<i>Gegenstand</i>	<i>Kosten der Reparatur</i>
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____

Bitte vorhandene Belege übermitteln!

**7. Heilungskosten:**

Folgende Zahlungen wurden von mir geleistet und von keinem Versicherungsträger übernommen:

_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____

Bitte vorhandene Belege übermitteln!

**8. Fahrtkosten:**

Aufgrund des Unfalles waren folgende Fahrten erforderlich:

<i>Start/Ziel und Grund der Fahrt</i>	<i>Kilometer (hin und retour)</i>	<i>Anzahl der Fahrten</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wurden (auch) Taxi oder Bus in Anspruch genommen? Ja  Nein

Wenn „Ja“: Übermittlung von Belegen samt Angabe des Ziels und Grund der Fahrt

**9. Sonstige Schäden:**

Hier können sonstige Schäden angeführt werden (z.B. nicht in Anspruch genommener Skipass, nicht in Anspruch genommene Unterkunft etc.)

_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____

Bitte vorhandene Belege übermitteln!

**10. Zeugen des Unfalls:**

Angabe von Zeugen des Unfalls samt Adresse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11. Polizeiliche Aufnahme des Unfalls:**

Der Unfall wurde von der Polizei aufgenommen Ja  Nein

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**12. Falls der Unfallgegner Gegenforderungen erhebt, bitte ich darum, meinen Haftpflichtversicherer zu informieren:**

Haftpflichtversicherer: \_\_\_\_\_

Polizzenummer: \_\_\_\_\_

**13. Was sonst noch wichtig ist:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift