

ERHEBUNGSBOGEN

Untersuchende Stelle							
Datum	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Tag	Monat	Jahr					

Auftraggeber	Nachname: Vorname:				
Telefon					
email					
Adresse	Ort: Plz: <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> Straße:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Auskunftsperson	Nachname: Vorname:				
Telefon					
email					
Adresse	Ort: Plz: <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> Straße:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Erhobene Räume					

Anlass der Erhebung	
Gesundheitliche Beschwerden	
Arzt konsultiert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ärztliche Diagnose(n)	

Gerüche in den Räumlichkeiten	
Gerüche im Gebäude wahrgenommen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ® wo:
Stärke u. Art der Gerüche (chemisch, faulig, muffig,...)	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark Art:
Vermutete Quelle(n) der Gerüche	

Raumnutzer und deren Aktivitäten	
Übliche Belegung	Anzahl Personen <input type="text"/> <input type="text"/>
Tabakrauch	<input type="checkbox"/> Nichtraucherraum <input type="checkbox"/> Raucher ® Anzahl <input type="text"/> <input type="text"/>
Verwendung von Produkten im Raum	<input type="checkbox"/> Fußbodenreinigung/-pflege ↳ <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig Handelsname: <input type="checkbox"/> Möbelpflege ↳ <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig Handelsname:

Verwendung von Produkten im Raum (Fortsetzung)	<input type="checkbox"/> Raumluftreinigungsgerät
	↳ <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig
	Handelsname:
	<input type="checkbox"/> Duftöle
	↳ <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig
	Handelsname:
	<input type="checkbox"/> Insektenvernichtung
	↳ <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig
	Handelsname:
	<input type="checkbox"/> Hobbyarbeiten, Bastelmaterial
	↳ <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig
	Welche:
	<input type="checkbox"/> Sonstige („Luftverbesserer“, Raumsprays,...)
	↳ <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig
	Welche/Handelsname:

Informationen zum Raum	
Lage im Gebäude	<input type="checkbox"/> innen (ohne Fenster) <input type="checkbox"/> mit Außenmauern® Anzahl <input type="text"/>
Größe des Raumes	Fläche: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m ² Raumhöhe: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Raumnutzung	<input type="checkbox"/> Wohnraum <input type="checkbox"/> Schlafrum <input type="checkbox"/> Kinderzimmer <input type="checkbox"/> Büroraum <input type="checkbox"/> Unterrichtsraum <input type="checkbox"/> Sonstige.....

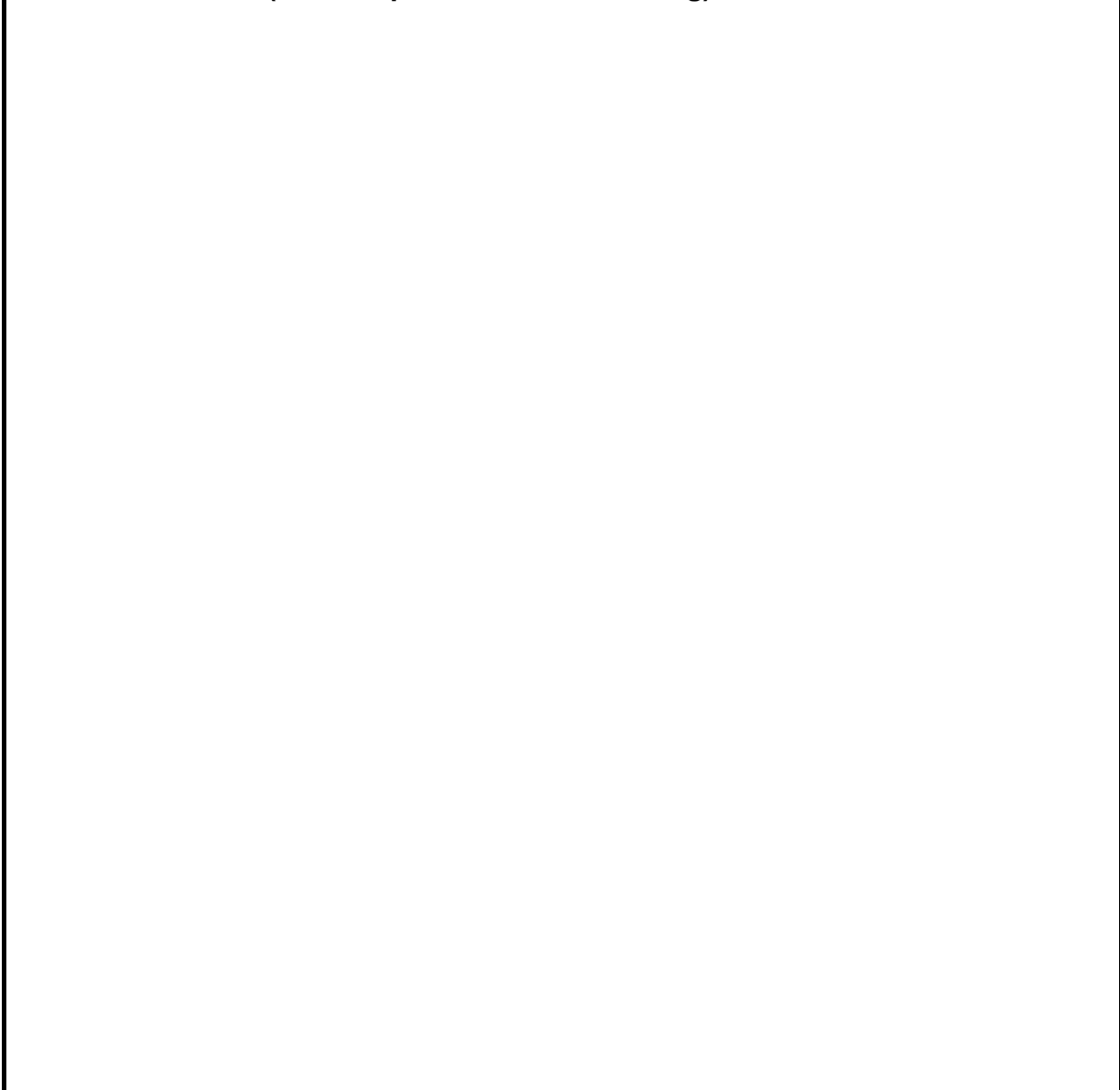
Raumausstattung und -zustand	
Möbel	Welche:
	Alter: ca.....Jahre
	Oberfläche: <input type="checkbox"/> lackiert <input type="checkbox"/> imprägniert <input type="checkbox"/> sonstige Oberfl.behandlung.....
	Korpus: <input type="checkbox"/> Spanplatte <input type="checkbox"/> Voll-, Leimholz <input type="checkbox"/> sonstige Materialien.....

<p>Wand und Decke</p>	<p>Wandoberfläche (Mehrfachangaben möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Papiertapeten <input type="checkbox"/> Kunststofftapeten <input type="checkbox"/> Textiltapeten <input type="checkbox"/> Holzverkleidung imprägniert: Wann?..... <li style="padding-left: 150px;">Womit?..... <input type="checkbox"/> beschichtete Platten <input type="checkbox"/> Wandanstrich <input type="checkbox"/> sonstige..... <p>Wandaufbau innen (Mehrfachangaben möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mineralischer Baustoff <input type="checkbox"/> Leichtbaukonstruktion <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Spanplatte <input type="checkbox"/> sonstige.....
<p>Boden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Holzboden <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Parkett <input type="checkbox"/> Holzdielen <input type="checkbox"/> Schiffboden <input type="checkbox"/> sonstige..... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lackiert <input type="checkbox"/> Bodenöl <input type="checkbox"/> Sonstiges..... <input type="checkbox"/> Teppichboden <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Teppichfliesen <input type="checkbox"/> Spannteppich <input type="checkbox"/> sonstige..... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> verklebt→Art:..... <input type="checkbox"/> nicht verklebt <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wolle <input type="checkbox"/> synthetisch <input type="checkbox"/> Sonstiges..... <p style="margin-left: 40px;">Alter:.....Jahre</p> <input type="checkbox"/> Glatter Bodenbelag <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Linoleum <input type="checkbox"/> Bodenfliesen/Cotto etc. <input type="checkbox"/> sonstige..... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> verklebt→Art:..... <input type="checkbox"/> nicht verklebt <p style="margin-left: 40px;">Alter:.....Jahre</p> <input type="checkbox"/> Sonstiger Bodenbelag.....

Unterkonstruktion	<input type="checkbox"/> Estrich <input type="checkbox"/> Trockenestrich <input type="checkbox"/> Sonstige.....
Renovierung	Wann: Was renoviert:
Veränderungen im Raum oder in Nachbarräumen	Wann: Was verändert:
Beheizung des Raumes	<input type="checkbox"/> Fernwärme/Zentralheizung <input type="checkbox"/> Heizkörper <input type="checkbox"/> Fußbodenheizung <input type="checkbox"/> Luftheizung <input type="checkbox"/> Einzelofen <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> offener Kamin
Kochstelle	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> Elektroherd/Kochplatte <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> sonstige..... Abzug: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Belüftung des Raumes	<input type="checkbox"/> ausschließlich Fensterlüftung <input type="checkbox"/> elektromechanische Entlüftung (Ventilator) <input type="checkbox"/> raumluftechnische Anlage <input type="checkbox"/> Abluftschacht
Fenster	Art <input type="checkbox"/> Einfachfenster <input type="checkbox"/> Kastendoppelfenster <input type="checkbox"/> Isolierglasfenster <input type="checkbox"/> sonstige..... Dichtung <input type="checkbox"/> Gummidichtung <input type="checkbox"/> Dichtungsstreifen <input type="checkbox"/> sonstige..... Qualität der Dichtung <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht
Befeuchter	<input type="checkbox"/> Verdunster <input type="checkbox"/> Verdampfer <input type="checkbox"/> Vernebler <input type="checkbox"/> kein Befeuchter

Klimaanlage	Baujahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Dampfbefeuchtung <input type="checkbox"/> Sprühbefeuchtung <input type="checkbox"/> keine Befeuchtung <input type="checkbox"/> Umluft <input type="checkbox"/> nur Frischluft regelmäßige Wartung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontrollierte Raumbelüftungsanlage	Baujahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Erdwärmetauscher regelmäßiger Filterwechsel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Skizze des Raumes (mit Messpunkten und Möblierung)



Informationen zum Gebäude	
Gebäudetyp/Nutzung (Mehrfachangaben möglich)	<input type="checkbox"/> Wohngebäude <input type="checkbox"/> Bürogebäude <input type="checkbox"/> Waren-/Geschäftshaus <input type="checkbox"/> Schule/Kindergarten <input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Gaststätte <input type="checkbox"/> Sportstätte <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige.....
Alter des Gebäudes	<input type="checkbox"/> bis 6 Monate <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> älter --> Baujahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nicht genau bekannt --> geschätztes Baujahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gebäude unterkellert	<input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nicht unterkellert
Hanglage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufbau der Außenwände	<input type="checkbox"/> Ziegel massiv <input type="checkbox"/> Beton <input type="checkbox"/> Ortbeton <input type="checkbox"/> Fertigteil <input type="checkbox"/> Leichtbauweise --> Isoliermaterial..... <input type="checkbox"/> verschiedene Materialien <input type="checkbox"/> Fertighaus <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Ziegel <input type="checkbox"/> Beton <input type="checkbox"/> sonstige..... <input type="checkbox"/> sonstiges.....
Vollwärmeschutz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Informationen zur Umgebung des Gebäudes	
Umgebung (bis 2 km)	<input type="checkbox"/> ländlich (Ortsrand) <input type="checkbox"/> ländlich (Ortskern) <input type="checkbox"/> städtisch (locker verbaut) <input type="checkbox"/> städtisch (stark verbaut)
Verkehr	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> stark (Fernzone) <input type="checkbox"/> stark (Nahzone) <input type="checkbox"/> starker LKW-Verkehr
Industrie	<input type="checkbox"/> Schwerindustrie <input type="checkbox"/> chem.Industrie <input type="checkbox"/> Gewerbebetriebe Art:..... Entfernung: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m
Altlasten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja --> Wo? (Boden, Mauerwerk,...)..... Welche?.....
Radon	Radonpotentialklasse der Gemeinde (ÖNORM S 5280 Teil 2): <input type="checkbox"/> Klasse 1 <input type="checkbox"/> Klasse 2 <input type="checkbox"/> Klasse 3 <input type="checkbox"/> nicht bekannt