

**Erfassungsbogen zum Fogging-Effekt**

Auftraggeber:	
Ort:	
Probenahmedatum:	
Bezeichnung des Meßortes:	
Probenahmesystem:	Wischprobe mit blindwertkontrolliertem Tuch
Probenfläche in cm:	
Reinigung vor Probenahme:	Fläche wurde ca. ... Wochen vor der Probenahme gereinigt

1. Gebäudeangaben**Ort der Wischprobenahme**

- Glasscheibe Größe der Probenfläche in cm:
 Wandfliese Größe der Probenfläche in cm:
 Sonstiges: Größe der Probenfläche in cm:

Gebäudetyp / Nutzung

- Wohngebäude Sporthalle Werkstatt
 Schule / Kindergarten Krankenhaus Gaststätte
 Bürogebäude Waren- / Geschäftshaus Fertighaus
 Sonstiges:

Alter des Gebäudes

- ≤ 6 Monate ≤ 2 Jahre ≤ 10 Jahre
 Baujahr 1978 bis 1985 Baujahr 1945 bis 1977 vor 1945 errichtet

Umgebung des Gebäudes (≤ 2 km)

- ländlich Gewerbebetrieb
 städtisch (Vorort) Art: diverse, „Industriegebiet“, Verwaltung
 städtisch (Zentrum) Entfernung:
 schwacher Verkehr Kleingewerbe
 starker Verkehr Art:
 Schwerindustrie Entfernung:
 chemische Industrie

Raumgröße des am stärksten betroffenen Raumes

Grundfläche:

Höhe:

2. Fogging Effekt**Wann trat der Fogging-Effekt zum ersten Mal? In Zusammenhang mit Heizperiode?****Tritt der Effekt nach Reinigung der betroffenen Stellen wieder auf? Nach welcher Zeit?****Wo trat der Fogging-Effekt zum ersten Mal auf?**

**Welches sind die am stärksten betroffenen Stellen?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tapete | <input type="checkbox"/> Decken |
| <input type="checkbox"/> Lichtschalter / Steckdosen | <input type="checkbox"/> Wände |
| <input type="checkbox"/> Fensterrahmen | <input type="checkbox"/> über Heizkörpern |
| <input type="checkbox"/> Teppichboden | <input type="checkbox"/> unter Türen |
| <input type="checkbox"/> Fliesen | <input type="checkbox"/> an Bildern |
| <input type="checkbox"/> Einrichtungsgegenstände | <input type="checkbox"/> an Rollladenkästen |
| <input type="checkbox"/> Dichtungsfugen | <input type="checkbox"/> an Gardinen |
| <input type="checkbox"/> Anderes: | <input type="checkbox"/> an Textilien |

Welches sind die am schwächsten betroffenen Stellen?**Welcher Art ist der Fogging Belag?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> schwarz | <input type="checkbox"/> schmierig-ölig |
| <input type="checkbox"/> dunkelgrau | <input type="checkbox"/> trocken, fest |
| <input type="checkbox"/> grau | <input type="checkbox"/> pulverig |
| <input type="checkbox"/> hellgrau | <input type="checkbox"/> abwaschbar |
| <input type="checkbox"/> bräunlich | <input type="checkbox"/> teilweise abwaschbar |
| <input type="checkbox"/> gelblich | <input type="checkbox"/> nicht abwaschbar |
| <input type="checkbox"/> Dichtungsfugen | <input type="checkbox"/> Anderes: |
| <input type="checkbox"/> Anderes: | |

In welches Räumen tritt der Effekt nicht auf?**Tritt der Effekt nur in Ihrer Wohnung auf, oder sind auch andere Wohnungen betroffen?****3. Nutzung und Beheizung****Nutzung und Beheizung des vom Fogging Effekt betroffenen Wohnraumes**

Lage der Heizungsanlage / der Heizkörper / des Kamins / Kaminofens und der Wischprobenahme (evtl. Skizze anfertigen):

**Angaben zum Raum und des Heizsystems** **Privatraum**

- Küche
Herd betrieben mit
- Wohnraum
- Schlafraum

 Bürraum

- Unterrichtsraum**
- Anderer Raum** / welcher?

 Zentralheizung

- Rippenheizkörper
- Röhrenheizkörper
- Fußbodenheizung
- Luftheizung

 Einzelöfen

- Öl
- Gas
- Kohle
- Holz
- Nachtstromspeicher

 Offener Kamin **Kachelofen / Kaminofen**

- Holzbeheizung Sorte:
- Gasbeheizung
- Kohlebeheizung

Ist die Höhe der Heizkosten als normal anzusehen?**Lage des Raumes im Gebäude (evtl. Skizze anfertigen)**

- Raum innenliegend ohne Fenster
- Raum hat Außenwand / Außenwände
 - Außenwand, die nach Nord ausgerichtet ist.
 - Außenwand, die nach Ost ausgerichtet ist.
 - Außenwand, die nach ausgerichtet ist.
 - Fenster, die nach Nord ausgerichtet sind.
 - Fenster, die nach Ost ausgerichtet sind.
 - Fenster, die nach ausgerichtet sind.
 - Türe(n), die nach West und Süd ausgerichtet ist (sind).
 - Türe(n), die nach ausgerichtet ist.

Wischprobenahme im Raum

Entfernung des Fensters zur Küche:

Probenahmehöhe über Fußboden:

4. Generelle Lüftungsbedingungen**Raum mit Fensterlüftung (natürliche Lüftung)****Über welche Art von Fenster verfügt der Raum?**

- Einfachfenster Kastendoppelfenster Isolierglasfenster mit Gummidichtung
- Die Fenster des Raumes dichten offensichtlich: gut mäßig schlecht

**Wie wird der betroffene Raum belüftet?**

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- häufig

5. Individuelles Nutzerverhalten**Wie wird der betroffene Raum beheizt?**

- nie
- gelegentlich
- regelmäßig
- immer

- Die Räume werden nicht ständig genutzt
 - gelegentlich
 - regelmäßig
 - häufig

- In den Räumen wird geraucht
 - nie
 - gelegentlich
 - regelmäßig
 - häufig

..... Zigaretten pro Woche

- In den Räumen werden Kerzen / Öllampen o.ä. benutzt?
 - nie
 - gelegentlich
 - regelmäßig
 - häufig

Innenraumluftparameter

Durchschnittliche Raumlufthemperatur:

Durchschnittliche relative Feuchte im Raum:

6. Raumausstattung und –zustand**Wand, Decken und Fußboden**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Papiertapeten | <input type="checkbox"/> Parkett, Holzdielen |
| <input type="checkbox"/> Glasfasertapeten | <input type="checkbox"/> Laminatfußboden |
| <input type="checkbox"/> Kunststofftapeten | <input type="checkbox"/> Teppichboden |
| <input type="checkbox"/> Putz mit Anstrich | Verklebt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Beschichtete Platten | Alter: Jahr(e) Farbe: |
| <input type="checkbox"/> Holzverkleidung | <input type="checkbox"/> Kunststoffbelag (z.B. PVC) welcher? |
| <input type="checkbox"/> Dichtungsfugen | Verklebt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Anderes: weiß, gestrichen | Alter: Jahr(e) |
| | <input type="checkbox"/> Fliesen |
| | <input type="checkbox"/> Anderes: |

**Welche Farbe / Farbart wurde für die Wände benutzt?****Renovierung**

- Renovierung innerhalb der letzten zwei Jahre
Was wurde renoviert?

- Andere Veränderungen im Raum oder in seiner unmittelbaren Nähe (z.B. Nachbarzimmer)
innerhalb der zwei Jahre:

Neue Möbel innerhalb der letzten Zeit

- ja nein

Welche Art?**Gibt es Risse oder Wärmebrücken an Wänden oder Decken?****7. Raumbenutzer und ihre Aktivitäten****Personenzahl**

Übliche Raumbellegung: - Personen

Tabakrauch

- Nichtraucherzimmer Rauchzimmer
- Durchschnittlich pro Tag im Raum konsumierte Tabakmenge:
Zigaretten, Zigarren, Pfeifen
- Es wurde in den letzten Wochen vor der Wischprobe im Raum geraucht:
- regelmäßig unregelmäßig
- Was?
- Wieviel?
Wann das letzte Mal?

**Kochgewohnheiten**

- offener Küchenbereich geschlossener Küchenbereich
 Es wurde in den letzten Wochen vor der Wischprobe gekocht:
 nie
 unregelmäßig
 regelmäßig

Verwendung von Produkten im Raum

Im Raum werden Produkte zu folgenden Zwecken eingesetzt:

- | | | | |
|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fußbodenreinigung | | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten |
| Handelsname: | | | |
| <input type="checkbox"/> Fußbodenpflege | | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten |
| Handelsname: | | | |
| <input type="checkbox"/> Möbelpflege | | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten |
| Handelsname: | | | |
| <input type="checkbox"/> Fensterreinigung | | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten |
| Handelsname: | | | |
| <input type="checkbox"/> Raumluftverbesserer | | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten |
| Handelsname: | | | |
| <input type="checkbox"/> Duftlampen | | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten |
| Handelsname: | | | |
| <input type="checkbox"/> Staubsauger | | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten |
| Handelsname: | | | |
| <input type="checkbox"/> Hobbyarbeiten | | | |
| Art: | | | |
| Handelsname: | | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten |
| <input type="checkbox"/> Andere Tätigkeiten | | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten |
| Handelsname: | | | |
| <input type="checkbox"/> Zusätze zum Befeuchtungswasser von RLT-Anlagen und Raumbefeuchtungsgeräten | | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> selten |
| Handelsname: | | | |

8. Sonstige Besonderheiten

Gibt es gesundheitliche Probleme? Welche?

Weitere Auffälligkeiten?