



## 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

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wohngebäude           | <input type="checkbox"/> Sporthalle             | <input type="checkbox"/> Werkstatt  |
| <input type="checkbox"/> Schule / Kindergarten | <input type="checkbox"/> Krankenhaus            | <input type="checkbox"/> Gaststätte |
| <input type="checkbox"/> Bürogebäude           | <input type="checkbox"/> Waren- / Geschäftshaus | <input type="checkbox"/> Fertighaus |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:            |   |                                     |

#### Alter des Gebäudes

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ≤ 6 Monate            | <input type="checkbox"/> ≤ 2 Jahre             | <input type="checkbox"/> ≤ 10 Jahre         |
| <input type="checkbox"/> Baujahr 1978 bis 1985 | <input type="checkbox"/> Baujahr 1945 bis 1977 | <input type="checkbox"/> vor 1945 errichtet |

#### Umgebung des Gebäudes (≤ 2 km)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ländlich            | <input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb     |
| <input type="checkbox"/> städtisch (Vorort)  | Art: diverse, „Industriegebiet“, Verwaltung |
| <input type="checkbox"/> städtisch (Zentrum) | Entfernung:                                 |
| <input type="checkbox"/> schwacher Verkehr   | <input type="checkbox"/> Klein gewerbe      |
| <input type="checkbox"/> starker Verkehr     | Art:  |
| <input type="checkbox"/> Schwerindustrie     | Entfernung:                                 |
| <input type="checkbox"/> 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"/> pulvrig              |
| <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 Raumlufttemperatur:

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 Raumbelegung: ..... - ..... Personen

**Tabakrauch**

- Nichtraucherraum       Raucherraum  
 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:

- Fußbodenreinigung       häufig       selten  
    Handelsname: \_\_\_\_\_
- Fußbodenpflege       häufig       selten  
    Handelsname: \_\_\_\_\_
- Möbelpflege       häufig       selten  
    Handelsname: \_\_\_\_\_
- Fensterreinigung       häufig       selten  
    Handelsname: \_\_\_\_\_
- Raumluftverbesserer       häufig       selten  
    Handelsname: \_\_\_\_\_
- Duftlampen       häufig       selten  
    Handelsname: \_\_\_\_\_
- Staubsauger       häufig       selten  
    Handelsname: \_\_\_\_\_
- Hobbyarbeiten  
    Art: \_\_\_\_\_       häufig       selten
- Andere Tätigkeiten       häufig       selten  
    Handelsname: \_\_\_\_\_
- Zusätze zum Befeuchtungswasser von RLT-Anlagen und Raumbeleuchtungsgeräten  
    Handelsname: \_\_\_\_\_       häufig       selten

**8. Sonstige Besonderheiten**

**Gibt es gesundheitliche Probleme? Welche?**

**Weitere Auffälligkeiten?**