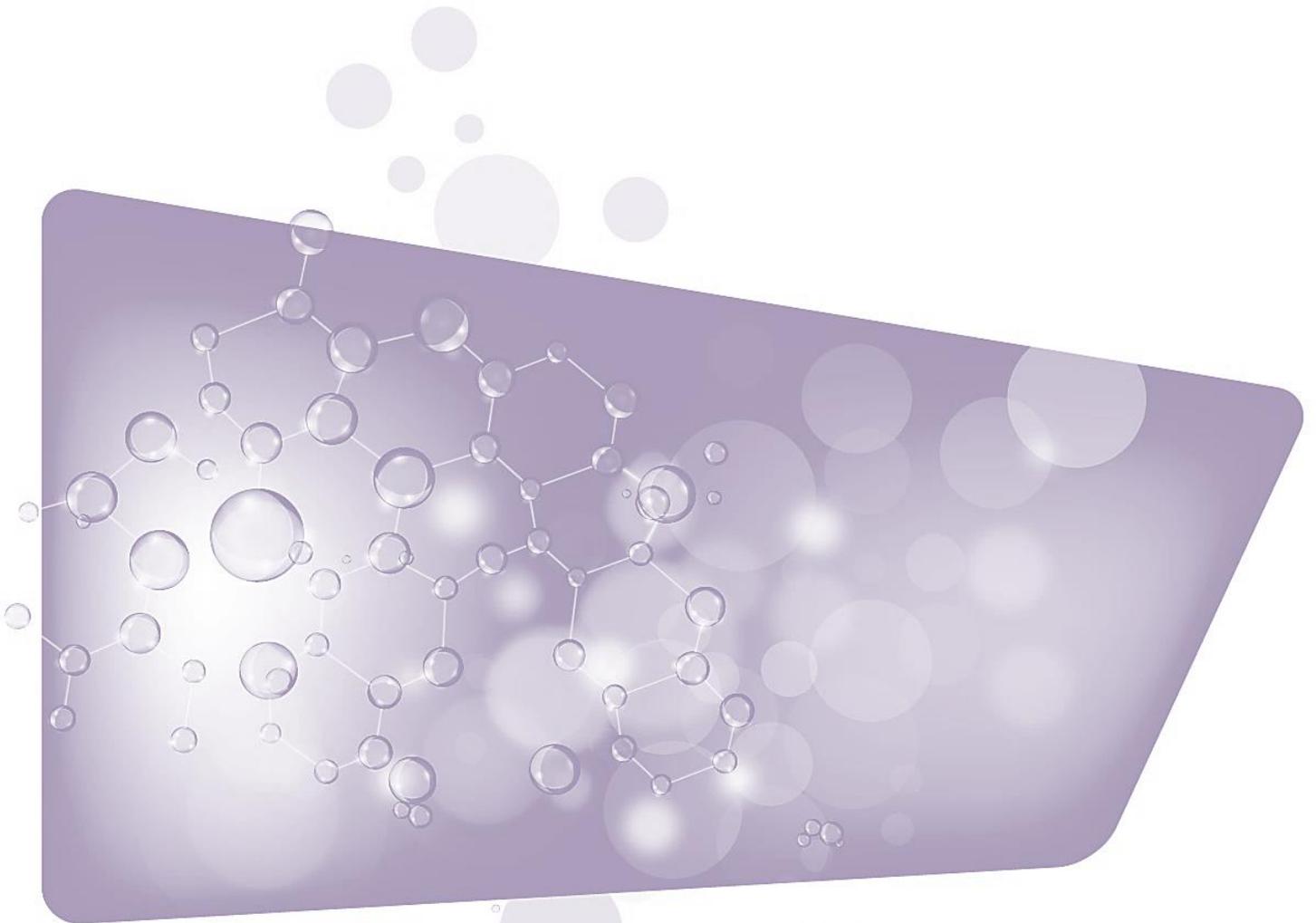
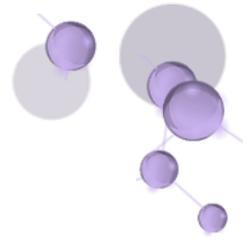


Analysenauftrag Wohngifte 2020



- **Analysenauftrag – Ihre Angaben**
- **Innenraumschadstoffe – Checkliste**

Analysenauftrag - Wohngifte



Freiwillige Persönliche Angaben Auftraggeber

Name _____ Telefon _____

Straße _____ Alter _____

PLZ, Ort _____ Beruf _____

Sind Sie bei der Ausübung Ihres Berufes Gefahrstoffen ausgesetzt? Welchen? _____

Formaldehyd, Lösemittel, VOC I Raumlufthanalysen

- Formaldehyd in der Raumlufte** (Sammelröhrchen: DNpH-Kartusche)
- 5 flüchtige Aldehyde in der Raumlufte, inklusive Formaldehyd** (Sammelröhrchen: DNpH-Kartusche)
- Formaldehyd und weitere ca. 20 flüchtige Aldehyde** (Hexanal, Nonanal etc; Sammelröhrchen: DNpH-Kartusche)
- 10 unpolare/polare flüchtige Verbindungen** (Lösemittel, VOC) Sammelröhrchen – Silicagel oder Aktivkohle
- 10 unpolare/polare flücht. Verbindungen inkl. Aldehyde** (Lösemittel, VOC, Formaldehyd) Sammelr.: Aktivk., Silicagel u. DNpH

Holzschutzmittel (z.B. PCP), Biozide und andere schwerflüchtige Verbindungen I Staub- und Materialanalysen

- Holzschutzmittel, Biozide und andere schwerflüchtige Verbindungen im Staub** (ca. 18 Verbindungen, „Staubanalyse standard“) Analyse im TÜV-Labor erwünscht?
- Holzschutzmittel, Biozide im Material, z.B. Holz** (6 Verbindungen) Analyse im TÜV-Labor erwünscht?
- Holzschutzmittel, Biozide und schwerflüchtige Verbindungen im Staub** (ca. 150 Verbindungen, „Staubanalyse komplett“)
- Nachträgliche Bestimmung weiterer auffälliger Verbindungen erwünscht?** (je 10 €/Verbindung)

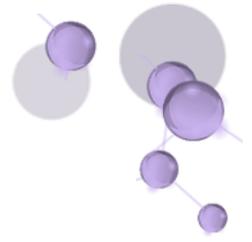
Schimmel I Schimmelsporen

- Schimmelsporen in der Raumlufte** Analyse im TÜV-Labor erwünscht?
- Schimmel an Material** (z.B. Tapete, Putz, Holz oder Abklatschmedium) Analyse im TÜV-Labor erwünscht?

Sonstige

- Formaldehyd-Abgabepotential einer Materialprobe** (z.B. Pressspan)
- Asbest** (Material Staub Abklatsch)
- Orientierende Voruntersuchung Material**
- Wohnraumbegehung**
- Probenahme** (inkl. Sammelgerät, Sammelröhrchen)
-
-

Innenraumschadstoffe - Checkliste



Symptomatik

Leiden Sie unter möglicherweise umfeldbedingten Krankheitssymptomen? Welche Symptome haben Sie?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Ausschläge | <input type="checkbox"/> Unwohlsein | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> Unausgeglichenheit |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen Atemwege | <input type="checkbox"/> Schleimhautreizungen | <input type="checkbox"/> Allergie _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | | |

Seit wann haben Sie Beschwerden?

seit _____

Wurde bereits ein ärztl. Sensibilitätstest durchgeführt?

positive Reaktion _____

Gibt es Zeiten/Orte, an denen Sie nicht/weniger unter den Beschwerden leiden?

nein ja, _____ (wann? wo?)

Hatten Ihre Vormieter ähnliche Beschwerden?

nein ja

Gibt es Personen in Ihrem Umfeld mit gleichartigen Beschwerden?

nein ja

Wurden bei diesen Personen die Ursachen bereits identifiziert?

Welche? _____

Wie viel wird in den betreffenden Räumen geraucht?

- gar nicht 1-10 Zigaretten 11-20 Zigaretten > 20 Zigaretten Pfeife Zigarre

Die Wohnung

Art des Hauses/der Wohnung:

- Einfamilienhaus Reihenhaus Etagenwohnung Dachwohnung

Beschreibung der Nachbarschaft:

- Wohnsiedlung Industrie/Gewerbe _____ stark befahrene Straße sonstiges _____

Ist in der Wohnung ein Geruch feststellbar? Bitte beschreiben Sie ihn (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> frisch | <input type="checkbox"/> muffig | <input type="checkbox"/> chemisch | <input type="checkbox"/> Lack |
| <input type="checkbox"/> Farbe | <input type="checkbox"/> unangenehm | <input type="checkbox"/> angenehm | <input type="checkbox"/> holzig |
| <input type="checkbox"/> Wachs | <input type="checkbox"/> verbrannt | <input type="checkbox"/> fruchtig | <input type="checkbox"/> stechend |
| <input type="checkbox"/> verraucht | <input type="checkbox"/> Zitrus | <input type="checkbox"/> Öl | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |

Baujahr des Hauses: _____ durch Sie bewohnt seit: _____ Größe der Wohnung: _____ m²

Anzahl der Zimmer: _____ Anzahl der Bewohner: _____

Durchführung größerer Umbauten/Renovierungen? Wann? Art?

nein ja _____

Gab es einen Brand in der Wohnung? Wann? Welche Räume?

nein ja _____

Sind in der Wohnung Feuchtschäden bekannt? Wo?

nein ja _____

In welchen Räumen halten Sie sich vorwiegend auf?

Gibt es in der Wohnung dauerelastische Fugenmassen? Wo? Alter?

nein ja _____

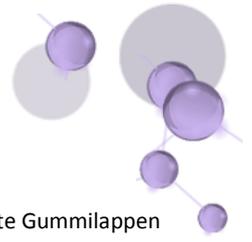
Sind in der Wohnung Wand- oder Deckenverkleidungen oder sonstige große Holzverkleidungen vorhanden?

nein ja _____

Wann wurden die Holzprodukte eingebaut?

Welche/r Raum/Räume soll voraussichtlich gemessen werden?

Innenraumschadstoffe - Checkliste



Raumklima

Wie lüften Sie? Dauerlüftung täglich für _____ min **Fenster:** alt, undicht normal neu, dichte Gummilappen

Haben Sie eine Klimaanlage? Wie wird diese gewartet?

nein ja _____

Benutzen Sie einen Raumluftbefeuchter?

nein ja

Geheizt wird nur bei Raumnutzung?

nein ja

Ihre Heizeinstellungen in °C

tagsüber _____ nachts _____

Heizsystem:

Ölheizung Ölofen Fußbodenheizung Fernwärme Nachtspeicher
 Gas Kohleheizung Kohle/Feststoffofen offener Kamin Sonstiges _____

Raumausstattung (des zu untersuchenden Raumes, bei Auswirkungen durch Nachbarräume ggf. mit angeben)

Bodenbelag:

Teppichboden, Alter: _____ Jahre verklebt lose Natur Synthetik Beschreibung: _____

Stein Fliesen Laminat Kunststoff Kork

Linoleum Holz-Dielen Holz-Parkett, seit _____ Art des Holzes: _____

Wände:

Rohfaser-Tapete Vinyl-Tapete Textil-/Glasfaser-Tapete Kork-Tapete

Struktur-Tapete Kacheln Holzvertäfelung Putz

Haben Sie neue Möbel (ca. 1 Jahr)? Welche? Seit wann?

nein ja _____

Haben Sie Zimmerpflanzen? Welche?

nein ja _____

Sind größere Antiquitäten in der Wohnung? Wann gekauft? Restauriert?

nein ja _____

Haben Sie Möbel/Einrichtungsgegenstände aus Spanplatten? Welche? Wie alt?

nein ja _____

Verwenden Sie Pflanzenschutzmittel? Welche?

nein ja _____

Haben Sie Haustiere? Welche? Seit wann?

nein ja _____

Verwenden Sie für Ihre Haustiere Schädlingsbekämpfungsmittel? nein ja

Verhalten, weitere Chemikalien

Verwenden Sie Desinfektionsmittel?

nein ja _____

Verwenden Sie Möbelspray? Welche?

nein ja _____

Verwenden Sie Backofenspray? Welche?

nein ja _____

Welche anderen Chemikalien kommen im Haushalt vor?

Wurden in der Vergangenheit Insektizide z.B. durch einen Kammerjäger eingesetzt? Wann? Welche?

nein ja _____

Überreicht durch: