



**Bau- und umweltbiologischer Erhebungsbogen**

Aktenzeichen:
Kunde:
Datum:
Telefon:
E-Mail:

<b>Lage - Beschreibung</b>	
Straße	
Ort	
Wohnumgebung	<input type="checkbox"/> ländlich <input type="checkbox"/> Kleinstadt <input type="checkbox"/> Metropole <input type="checkbox"/> innerstädt. <input type="checkbox"/> Randlage <input type="checkbox"/> Wohnstr. <input type="checkbox"/> Hochlage <input type="checkbox"/> wassernah <input type="checkbox"/> glazial <input type="checkbox"/> AKW <input type="checkbox"/> Schwerindustrie <input type="checkbox"/> Gewerbe <input type="checkbox"/> Freileitung/Trafostation <input type="checkbox"/> Sender <input type="checkbox"/> Windkraft <input type="checkbox"/> Flugbetrieb <input type="checkbox"/> Bahnbetrieb <input type="checkbox"/> Altlasten <input type="checkbox"/> Tankstelle <input type="checkbox"/> Chem. Reinigung <input type="checkbox"/> Hauptverkehrsstraße
<b>Gebäude - Beschreibung</b>	
Baujahr	
Verdachtszeitraum	<input type="checkbox"/> HSM <input type="checkbox"/> Asbest <input type="checkbox"/> PCB <input type="checkbox"/> KMF
Baugrund/Lage	<input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> trocken
Bautyp	<input type="checkbox"/> EFH <input type="checkbox"/> RHS <input type="checkbox"/> DHH <input type="checkbox"/> MFH <input type="checkbox"/> Wohnblock <input type="checkbox"/> sonstige
Lage der Wohnräume	<input type="checkbox"/> UG <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> Etage
Bauart	<input type="checkbox"/> Stein <input type="checkbox"/> Fertighaus <input type="checkbox"/> Holzhaus <input type="checkbox"/> Wohnblockhaus <input type="checkbox"/> Baubiol.Haus <input type="checkbox"/> Beton <input type="checkbox"/> Sichtbalken <input type="checkbox"/> Fachwerk <input type="checkbox"/> sonstige
Autostellplatz	<input type="checkbox"/> im Haus <input type="checkbox"/> am Haus
Keller	<input type="checkbox"/> kein Keller <input type="checkbox"/> Querlüftung <input type="checkbox"/> Abschlusstür <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit <input type="checkbox"/> Siel <input type="checkbox"/> Drainage <input type="checkbox"/> Hangwasser <input type="checkbox"/> Radon-Potential
Heizung	<input type="checkbox"/> ZentralHgz <input type="checkbox"/> Öfen <input type="checkbox"/> Nachtsp <input type="checkbox"/> Lufthgz <input type="checkbox"/> Strahlungswärme <input type="checkbox"/> Kaminofen <input type="checkbox"/> offener <input type="checkbox"/> Kamin sonstiges



Dämmung, nachträgliche	<input type="checkbox"/> WDVS <input type="checkbox"/> Innendämmung: <input type="checkbox"/> sonstige
Fenster	<input type="checkbox"/> Einfachglas <input type="checkbox"/> Iso (U 3) <input type="checkbox"/> (U 2) <input type="checkbox"/> (U 1)
Lüftungsverhalten	<input type="checkbox"/> kontrolliert <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> Dauerkipp <input type="checkbox"/> Stoss <input type="checkbox"/> Quer
Klimatisierung rH	<input type="checkbox"/> kontrolliert <input type="checkbox"/> Zufall <input type="checkbox"/> Luftbefeuchter <input type="checkbox"/> Ionisator
Temperierung	<input type="checkbox"/> Nachtabenkung witterungsgeführt
Schlafzimmer	<input type="checkbox"/> vollbeheizt <input type="checkbox"/> abgesenkt <input type="checkbox"/> kalt
Gefahrstoffe im Haus	<input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> Farben
Wasseranschluss/Leitungen	<input type="checkbox"/> Pb <input type="checkbox"/> Cu <input type="checkbox"/> Kunststoff
Olfaktometrie	<input type="checkbox"/> Wohn <input type="checkbox"/> Keller <input type="checkbox"/> Sani <input type="checkbox"/> Aussen <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> muffig <input type="checkbox"/> erdig <input type="checkbox"/> sauer <input type="checkbox"/> chemisch <input type="checkbox"/> C2H2O
Staubsediment	<input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht
Küche	<input type="checkbox"/> Umluft <input type="checkbox"/> Abluft <input type="checkbox"/> Mikrowelle <input type="checkbox"/> Induktion
<b>Renovierung (wann?, was?)</b>	
Wandbekleidung	<input type="checkbox"/> Putz gestr. <input type="checkbox"/> Raufaser <input type="checkbox"/> Acryl/Vinyl <input type="checkbox"/> Textil <input type="checkbox"/> Paneel
Fußböden	<input type="checkbox"/> Laminat <input type="checkbox"/> Teppichboden <input type="checkbox"/> PVC/Kunststoff <input type="checkbox"/> Parkett/furniert <input type="checkbox"/> Linoleum <input type="checkbox"/> geklebt (BTX)
<b>Neue Einrichtung (wann?, welche?)</b>	
Wohnstoffe	<input type="checkbox"/> Leder <input type="checkbox"/> Wolle <input type="checkbox"/> Synthetik <input type="checkbox"/> Granit <input type="checkbox"/> Spanplatte <input type="checkbox"/> Gips
Schlafplatz	<input type="checkbox"/> Netzabkoppler <input type="checkbox"/> freigeschaltet <input type="checkbox"/> > 100 Volt/m <input type="checkbox"/> > 100 Nanotesla <input type="checkbox"/> Fernseher <input type="checkbox"/> HiFi <input type="checkbox"/> Metallbett <input type="checkbox"/> Heizdecke <input type="checkbox"/> Motor <input type="checkbox"/> 2polige Nachttischlampe <input type="checkbox"/> Urlaubsschlaf besser



<b>Reinigung + Pflege</b>	<input type="checkbox"/> Desinfektionsmittel <input type="checkbox"/> Insektizide <input type="checkbox"/> Mottenschutz <input type="checkbox"/> Kammerjäger <input type="checkbox"/> Pestizide <input type="checkbox"/> Sanitärreinigung täglich <input type="checkbox"/> 2x wöchentl. <input type="checkbox"/> 1x wöchentl. <input type="checkbox"/> Entkeimung der Abwasser-Rohre <input type="checkbox"/> Brauchwasser < 50 Grad Celsius <input type="checkbox"/> Reservoir <input type="checkbox"/> Durchfluss
<b>Reinigungs-Chemie</b>	
<b>Pflanzen</b>	<input type="checkbox"/> Topf/Erde <input type="checkbox"/> Hydrokultur <input type="checkbox"/> Mauerberankung
<b>Tiere</b>	<input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Kleinsäuger <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Vogel <input type="checkbox"/> Aquarium
<b>Lebensumstände</b>	
Neues Auto (wann? welches? Baujahr?)	
Neue technische Anschaffungen (wann? welche?)	
Berufliche Tätigkeit (seit wann? welche? Gefahrstoffe?)	
Neue Lebensumstände (seit wann? welcher Art?)	
<b>Erhobene raumklimatische Parameter:</b>  Baufeuchte  Raumfeuchte  Lufttemperatur  Luftbewegung  Strahlungstemperatur  Tagesmeteorologische Vergleichswerte	



<b>Disposition und Gesundheit</b>	
Allergisch disponiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar
Allergen(-verdacht)	
Sensibilität	<input type="checkbox"/> EMU <input type="checkbox"/> MCS <input type="checkbox"/> Pollen
Hautstörungen	
Fließschnupfen	
Obstrukt. Atemwegserkr.	
Zahn-Problematik, Metall	
FMS, Rheumatiden	
Kopfschmerz, Migräne	
Müdigkeit, chronische	
Einschlafstörungen	
Durchschlafstörungen	
Morgendl. Erschöpfung	
Schwindel	
Übelkeit	
Konzentrationsmangel	
Verdauungsstörungen	
Stimmungsschwankungen	
Kreislauf und Herzrhythm.	
<b>Im Haus stärker?</b>	
Raucher-Haushalt	
Sport	
Bewegungsmangel	
Vorhandene med. Befunde	
Laufende Medikationen	
Vorh. geopathol. Befunde	