

# WOHNGIFTE

## Analysenauftrag



### Adresse des Auftraggebers:

Name:

Straße:

Telefon-Nummer:

PLZ, Ort:

### Art der Analyse

Preis

### Raumluftanalysen

- Formaldehyd in Raumluft  
Sammelröhrchen: XAD2 (für Formaldehyd)
- Formaldehyd in Raumluft TÜV  
Sammelröhrchen: DNPH-Kartusche
- 5 unpolare flüchtige Verbindungen (VOC)  
Sammelröhrchen: Aktivkohle
- 5 unpolare flüchtige Verbindungen (VOC) TÜV  
Sammelröhrchen: Aktivkohle
- 5 polare flüchtige Verbindungen (VOC)  
Sammelröhrchen: XAD7
- 5 polare flüchtige Verbindungen (VOC) TÜV  
Sammelröhrchen: XAD4
- 10 unpolare und polare flüchtige Verbindungen (VOC)  
Sammelröhrchen: XAD7 und Aktivkohle
- 10 unpolare und polare flüchtige Verbindungen (VOC) TÜV  
Sammelröhrchen: XAD7 und Aktivkohle
- Probennahme (inkl. Sammelgerät, Sammelröhrchen)

### **Staub- und Materialanalysen: Biozide (Holzschutzmittel, z.B. PCP) und andere schwerflüchtige Verbindungen (z.B. PAK, PCB, Weichmacher)**

- Biozide und andere schwerflüchtige Verbindungen im Staub  
Normal, ca. 18 Verbindungen
- Biozide / schwerflüchtige Verbindungen im Staub  
Normal, ca. 18 Verbindungen TÜV
- Biozide / schwerflüchtige Verbindungen im Staub  
Komplett, ca. 100 Verbindungen
- Biozide (Holzschutzmittel) im Material  
Normal, 6 Verbindungen

### Art der Analyse(n)

Preis

- Biozide / schwerflüchtige Verbindungen im Material  
Normal, 6 Verbindungen
- Bestimmung zusätzlicher Verbindungen im Staub / Material  
Jeweils 10 Euro / Verbindung

### Schimmel / Schimmelsporen

- Schimmelsporen in der Raumluft
- Schimmelsporen in der Raumluft TÜV
- Schimmel an Material  
Bestimmung direkt von einem Material oder mittels  
Abklatschtest möglich
- Schimmel an Material TÜV  
Bestimmung direkt von einem Material oder mittels  
Abklatschtest möglich
- Probennahme (inkl. Sammelgerät, Pilzfilter)

### Sonstige

- Formaldehyd-Abgabepotential einer Materialprobe  
(z.B. Pressspan)
- Asbest (Material, Staub, Abklatsch)
- Orientierende Voruntersuchung Material
- Wohnraumbegehung

\_\_\_\_\_

# WOHNGIFTE

Anmerkung: Im Folgenden wird das zu untersuchende Objekt der Einfachheit halber als „Wohnung“ bezeichnet. Bitte beantworten Sie die Fragen soweit möglich - auch, wenn es sich um ein Büro, einen Laden, Wirtschaftsräume oder anderes handelt.

## Checkliste Raumlufthilf und Schadstoffe Ja Nein

Ja Nein

### Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Sind Sie bei der Ausübung Ihres Berufes Gefahrstoffen ausgesetzt? Wenn ja, welchen?

### Symptomatik

- 1 Leiden Sie unter möglicherweise umfeldbedingten Krankheitssymptomen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Symptome haben Sie?

- Asthma  Ausschläge  Unwohlsein  
 Müdigkeit  Konzentrationsbeschwerden  
 Schlafstörungen  Vergesslichkeit  
 Unausgeglichenheit  Kopfschmerzen  
 Erkrankungen der Atemwege  
 Schleimhautreizungen

Allergien, welche?

Sonstige

- 2 Wurde bereits ein ärztlicher Sensibilitätstest durchgeführt?  Ja  Nein  
Positive Reaktion auf:

- 3 Seit wann haben Sie die Beschwerden?

- 4 Gibt es Zeiten oder Orte, in denen Sie gar nicht oder weniger unter den Beschwerden leiden?  Ja  Nein

Wenn ja, wo / wann ? \_\_\_\_\_

- 5 Wieviel wird in den betreffenden Räumen geraucht?

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

- 6 Gibt es noch Personen in Ihrem Umfeld, die unter gleichartigen Beschwerden leiden?  Ja  Nein

- 7 Wurden bei diesen Personen die Ursachen bereits identifiziert?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

- 8 Haben auch Ihre Vermieter unter ähnlichen Beschwerden gelitten?  Ja  Nein

### Die Wohnung

- 9 Ist in der Wohnung ein Geruch feststellbar?

Beschreiben Sie ihn

(mehrfach ankreuzen möglich):

- frisch  muffig  chemisch  
 Lack  Farbe  unangenehm  
 angenehm  holzig  Wachs  
 verbrannt  fruchtig  stechend  
 verraucht  Zitrus  Öl

andere: \_\_\_\_\_

- 10 Baujahr des Hauses: \_\_\_\_\_

- 11 Durch Sie bewohnt seit \_\_\_\_\_

- 12 Größe Ihrer Wohnung \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

- 13 Anzahl der Zimmer: \_\_\_\_\_

- 14 Anzahl der Bewohner: \_\_\_\_\_

- 15  Einfamilienhaus  Reihenhaus  
 Etagenwohnung  Dachwohnung

- 16 Durchführung größerer Umbauarbeiten / Renovierungen?  
Wann / Welcher Art? \_\_\_\_\_



# Analysenauftrag

Ja Nein

Ja Nein

17 Hat ein Brand in der Wohnung stattgefunden?

Wann ?

Welche Räume?

18 Nachbarschaft:

Wohnsiedlung  Industrie/Gewerbe

Welche?

stark befahrene Straße

Sonstiges:

19 Sind in der Wohnung Feuchtschäden bekannt?

Wo?

20 In welchen Räumen halten Sie sich vorwiegend auf?

21 Welche Räume / welcher Raum soll voraus sichtlich gemessen werden?

22 Sind in der Wohnung Wand- oder Decken verkleidungen oder sonstige großflächige Holzverkleidungen vorhanden?

Wo? / Art?

23 Wann wurden diese Holzprodukte eingebaut?

24 Gibt es in der Wohnung dauerelastische Fugenmassen?

Wo?

Alter?

## Raumklima

25 Wie lüften Sie?

Dauerlüftung  x täglich Minuten

26 Fenster:

alt, undicht  normal

recht neu, dichte Gummilippen

27 Haben Sie eine Klimaanlage?

Wenn ja, wie wird diese gewartet?

28 Benutzen Sie einen Raumluftbefeuchter?

29 Geheizt wird nur bei Raumnutzung:

30 Heizeinstellung tagsüber °C

Heizeinstellung nachts °C

31 Heizsystem:

Ölheizung  Ölofen  Gas  
 Nachtspeicher  Fernwärme  
 Fußbodenheizung  Kohleheizung  
 Kohle/Feststoffofen  Offener Kamin

**Raumausstattung** (bitte nur den zu untersuchenden Raum beschreiben; wenn Auswirkungen aus den Nachbarräumen möglich sind, diese eventuell mit angeben).

32 Bodenbeläge:

Teppichboden, bitte Alter angeben:

verklebt  lose  
 Natur  Synthetik

Teppich, bitte näher beschreiben

Stein  Fliesen  Laminat  
 Kunststoff  Holz-Dielen  
 Kork  Linol  
 Holz-Parkett, Einbau im Jahr:

Art des Holzes

# WOHNGIFTE

## Analysenauftrag

### Checkliste Raumlufte und Schadstoffe

Ja Nein

33 Wände:

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Raufaser-Tapete          | <input type="checkbox"/> Vinyl-Tapete |
| <input type="checkbox"/> Textil-/Glasfaser-Tapete | <input type="checkbox"/> Kork-Tapete  |
| <input type="checkbox"/> Struktur-Tapete          | <input type="checkbox"/> Kachel       |
| <input type="checkbox"/> Holzvertäfelung          |                                       |
| <input type="checkbox"/> Putz                     | <input type="checkbox"/>              |

34 Haben Sie neuere Möbel?

Welche?

Seit wann?

35 Haben Sie Möbel oder andere Einrichtungsgegenstände aus Spanplatten?

Welche?

Wie alt?

36 Sind größere Antiquitäten in der Wohnung?

Wann gekauft?

Restauriert?

37 Haben Sie Zimmerpflanzen?

Welche

38 Verwenden Sie Pflanzenschutzmittel?

Welche?

39 Haben Sie Haustiere?

Welche / Seit wann?

40 Verwenden Sie für Ihre Haustiere Schädlingsbekämpfungsmittel?

### Verhalten, weitere Chemikalien

41 Verwenden Sie Desinfektionsmittel?

42 Verwenden Sie Möbelpflege?

Welche?

43 Verwenden Sie Backofensprays?

Welche?

44 Welche weiteren Chemikalien kommen in Ihrem Haushalt vor? Denken Sie auch an Ihre Hobbies, Bastelraum etc.

45 Wurden in Ihrer Wohnung in der Vergangenheit

Insektizide z.B. durch einen Kammerjäger eingesetzt?

Wenn ja, wann?

Welche Insektizide wurden eingesetzt?

### Zusätzliche Informationen:

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum:

Apothekenstempel

Dieser Bogen verbleibt in der Apotheke.

