

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 _____ m²

- 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.

