



Bezeichnung:

Kennung:

Aufgenommen:

Gebäudebezeichnung:

Straße:

PLZ, Ort:

Auftraggeber:

Vorname, Nachname

Straße:

PLZ, Wohnort:

Tel.:

E-Mail:



Raumbezeichnung:

Wohnfläche:

Betroffene Stelle:

Schimmelbildung(J/N):

Schimmel seit:

Regelmäßige Bildung

von Kondensat am FE:

häufig:

manchmal:

nie:



Raumbezeichnung:

Thermosattventil Stufe:

Stufe am Tag:

Stufe in der Nacht:

Anzahl d. Lüftung / Tag:

Dauer d. Lüftung / Tag:

Stellung der Fenster

beim Lüften:

Tür zu Nachbarräumen

geöffnet:

Ständig:

zeitweise:

selten:



Raumbezeichnung: