

Schlafzimmer - Stationäre Probenahme

Haushalt-Code:

(bilden aus: 1. Buchstabe Vorname Mutter,
1. Buchstabe: Vorname Vater, Endbuchstabe Vorname Vater,
Endbuchstabe eigener Vorname, erste drei Ziffern der Postleitzahl)

Datum:

Eingabe bitte in TT.MM.JJJJ

Beginn (Uhrzeit):

Eingabe in StdStd:MinMin

Ende (Uhrzeit):

Probennummer Apollofilter:

Apollo Sammler Nr:

Probennummer Teflonfilter:

SG-10-Pumpe Nummer:

Flussrate Beginn:

(L/min)

Flussrate Ende:

(L/min)

Luftfeuchte:

%

Temperatur:

°C

Raumgröße: Grundfläche:

m²

Höhe:

m

Ist Schlafzimmer vollständig abgetrennt vom Wohnzimmer?

nein

ja

Lage:

Keller/Souterrain

Erdgeschoss

Dachgeschoss

Stockwerk

Heizung:

Heizkörper

Fußbodenheizung

Ofen/Kamin

Bett-Typ:

mit Matratze

mit Futon

Wasserbett

Fußbodenbelag:

glatter Boden (kein Teppich)

Teppich, belegt zu

% (grobe Abschätzung)

100% Teppichboden

Encasing (Milbenschutzbezug) vorhanden?

nein

ja

Sind Tiere mehrmals in der Woche in diesem Raum?

nein; wenn ja, welche:

Weitere Personen im Raum während der Sammlung?

nein; wenn ja, Anzahl:

Tätigkeiten der weiteren Personen:

Tiere im Raum während der Sammlung?

nein; wenn ja, welche:

Anzahl:

Auffälligkeiten während der Messung, Abweichungen vom Protokoll?