

FORMBLATT ZUR KOMBI-LUFTWECHSELMESSUNG

durchgeführt von:

Firma _____ Ansprechpartner _____

Abtl. _____ Tel.: _____ FAX: _____

Name, Vorname _____

Straße/ Postfach _____

PLZ Ort _____

Email: -----

Objektdaten: _____

Raum-Nr.: _____ **Probenahmestelle:** _____

Beheizte Wohnfläche: _____ m²

Zonenvolumen: _____ m³

Raumtemperatur: _____ °C

Außentemperatur: _____ °C

Einschätzung der Windgeschwindigkeit

null

schwach

mittel

stark

böig

Injektionsmenge Tracergas ___ ml

Konzentration der Spritze 100% oder 20%

Injektionsdatum _____

Injektionszeit _____

<i>Bez. Lüftungszustand I:</i>		<i>Bez. Lüftungszustand II:</i>	
1. Probennahme um	Uhr	6. Probennahme um	Uhr
2. Probennahme um	Uhr	7. Probennahme um	Uhr
3. Probennahme um	Uhr	8. Probennahme um	Uhr
4. Probennahme um	Uhr	9. Probennahme um	Uhr
5. Probennahme um	Uhr	10. Probennahme um	Uhr
<i>Änderung des Lüftungszustandes um</i>			
	<i>Uhr</i>		