



Probandnummer: _____

BEHAGLICHKEITSPROFIL

1. Allgemeine Fragen zur Person

Alter _____

Geschlecht männlich ☐ weiblich ☐

Datum _____ **Uhrzeit** _____

Berufstand Sachverständiger ☐ Stuckateur ☐ Maler ☐ Schreiner ☐ ☐ (Sonstige)

Aufenthaltsdauer/Stunden im Zimmer _____ Stunden vonh bish

Raum Nr.

Geben Sie zudem an, welche Kleidung Sie tragen.

.....

1. Wie fühlen Sie sich im Moment (einschließl. Gesundheit, Zufriedenheit etc.)?

sehr gut		weder noch		sehr schlecht
☐	☐	☐	☐	☐

2. Wie beeinflussten folgende Faktoren im Zimmer Ihre Befindlichkeit?

	sehr positiv		weder noch		sehr negativ
Beleuchtung	☐	☐	☐	☐	☐
Raumgestaltung	☐	☐	☐	☐	☐
Raumtemperatur	☐	☐	☐	☐	☐
Bequemlichkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Gerüche	☐	☐	☐	☐	☐
Raumluftqualität	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges:	_____				



Probandnummer: _____

Allgemeine Fragen zu Ihrer Befindlichkeit

TEMPERATURVERHÄLTNISSE

3. Wie empfinden Sie im Moment die Temperatur?

zu kalt		genau richtig		zu warm
☐	☐	☐	☐	☐

4. Wenn Sie an die Übernachtung zurückdenken: Wie war es Ihnen?

	zu kalt		genau richtig		zu warm
Beim Sitzen	☐	☐	☐	☐	☐
Beim Schlafen	☐	☐	☐	☐	☐

5. Wie war die Luftfeuchte?

zu trocken		genau richtig		zu feucht
☐	☐	☐	☐	☐

6. Wie stark empfanden Sie unangenehme Temperaturschwankungen?

gar nicht		weder noch		sehr
☐	☐	☐	☐	☐



Probandnummer: _____

BELÜFTUNGSMÖGLICHKEIT UND LUFTQUALITÄT

7. Haben Sie Zuglufterscheinungen verspürt?

Keine		wenig		stark
☐	☐	☐	☐	☐

8. Wie sehr beeinflussten Gerüche den Aufenthalt?

Stark		weder noch		gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐

9. Wie stark empfanden Sie folgende Gerüche?

	Gar nicht		weder noch		stark
Gerüche von Teppich/Möbeln	☐	☐	☐	☐	☐
Wandbeschichtung	☐	☐	☐	☐	☐
Reinigung	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges:					



Probandnummer: _____

10. Wie zufrieden sind sie mit der Luftqualität im übrigen Gebäude?

sehr zufrieden			weder noch			sehr unzufrieden
☐		☐		☐		☐

MÖBLIERUNG UND GESTALTUNG

11. Wie zufrieden sind Sie mit dem Geruch von/vom...?

	sehr zufrieden			weder noch			sehr unzufrieden
Fußbodenbelägen	☐		☐		☐		☐
Möbel	☐		☐		☐		☐
Wandverkleidung	☐		☐		☐		☐
Deckenverkleidung	☐		☐		☐		☐
Bettmaterial	☐		☐		☐		☐
Bad	☐		☐		☐		☐
Reiniger, Waschmittel	☐		☐		☐		☐

12. Wie wirkt die gesamte Ausstattung, d.h. die Gestaltung des Zimmers auf Sie?

	trifft zu			weder noch			trifft nicht zu
angenehm	☐		☐		☐		☐
beruhigend	☐		☐		☐		☐
gesund	☐		☐		☐		☐
sauber/ rein	☐		☐		☐		☐
langweilig	☐		☐		☐		☐



Probandnummer: _____

AKUSTIK

13. Wie zufrieden sind Sie mit der Akustik (Sprachverständlichkeit, Hall etc.) im Zimmer?

sehr zufrieden		weder noch		sehr unzufrieden	
☐	☐	☐	☐	☐	☐

GESUNDHEITLICHE BESCHWERDEN

14. Hatten Sie eine der Befindlichkeitsstörungen im Zimmer?

	gering		mittel		stark
Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Ermüdung	☐	☐	☐	☐	☐
Atemwegsprobleme	☐	☐	☐	☐	☐
tränenende Augen	☐	☐	☐	☐	☐
Schwindelgefühl	☐	☐	☐	☐	☐
Konzentrationsschwäche	☐	☐	☐	☐	☐
Hautirritationen	☐	☐	☐	☐	☐
Übelkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Andere: _____	☐	☐	☐	☐	☐

15. Haben Sie im Moment eine akute oder chronische Erkrankung?

ja ☐ ja, akut ☐ ja, chronisch ☐



Probandnummer: _____

16. Sind Sie gerade anderweitig gestresst?

	gar nicht		weder noch		sehr
Beruflich	☐	☐	☐	☐	☐
Privat, Verpflichtungen	☐	☐	☐	☐	☐
Erkältung, HNO	☐	☐	☐	☐	☐
Geruchsgestört	☐	☐	☐	☐	☐
Sehgestört	☐	☐	☐	☐	☐

17. Was würden Sie verändern?

	gar nicht		weder noch		sehr
Sonnen-/ Blendschutzes	☐	☐	☐	☐	☐
Kunstlicht	☐	☐	☐	☐	☐
Raumtemperatur	☐	☐	☐	☐	☐
Lüftung	☐	☐	☐	☐	☐
Farben	☐	☐	☐	☐	☐
Raumgröße	☐	☐	☐	☐	☐
Möbel	☐	☐	☐	☐	☐
Bodenbelag	☐	☐	☐	☐	☐

18. Wie zufrieden sind Sie mit der Beleuchtungsart, Lichtquelle?

sehr zufrieden	weder noch		sehr unzufrieden	
☐	☐	☐	☐	☐