

Baubiologischer Gebäudecheck des IBN

Sie besitzen, mieten oder planen ein Haus/eine Wohnung oder Sie wollen eine Immobilie kaufen. Dann nutzen Sie die Gelegenheit, dies sachgerecht vom **Institut für Baubiologie + Oekologie Neubeuern (IBN)** oder einer der **Baubiologischen Beratungsstellen IBN** prüfen zu lassen. Selbst in einem nach ganzheitlichen baubiologischen Kriterien erstellten Gebäude können diverse Mängel auftreten. Wer auf Gesundheitsvorsorge und mängelfreie, optimale Bauweise bedacht ist, sollte möglichst schon in der Phase der Bauplanung die Prüfung anhand des baubiologischen Checks nutzen. Ein gesundes und ökologisches Haus rentiert sich allemal.

Häufiger geschieht es, dass die Energiekosten nicht den erhofften Werten entsprechen oder die Räumlichkeiten durch Verwendung ungeeigneter Baumaterialien nicht zum wohngesunden Leben beitragen. Vielfach sind es nur Kleinigkeiten, die zum unerwünschten Ergebnis führen, doch scheint es oftmals zu mühselig, eine/n Baubiologin/en zu beauftragen, die/der berät und die Fehler aufzeigt. Handelt es sich um schwerwiegende Fehler, beispielsweise wie sie bei der Raumteilung oder der Raumhöhe, der Dämmung der Außenwände, dem Beheizen oder dem Schallschutz auftreten können, dann kann dies vielfach zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr oder nur noch mit hohem Aufwand korrigiert werden.

Die Checkliste wird von Fachleuten des IBN oder einer Beratungsstelle IBN ausgewertet und mit Empfehlungen versehen.

Die Bewertung dient zur Orientierung und enthält ggfs. wertvolle Sanierungsvorschläge. Eine fachlich fundierte Begutachtung vor Ort kann sie jedoch nicht ersetzen. Soweit sinnvoll, kann sie deshalb auch Ratschläge über empfehlenswerte ergänzende Untersuchungen vor Ort

Absender

Name:
Straße:
PLZ/Ort:
Telefon/Telefax:
Telefax:
E-Mail:

Beigefügte Anlagen

- Grundriss/Schnitt Fotos Lageplan
 Baubeschreibung Detailzeichnungen/Skizzen
 Sonstiges:
 Wünschen Sie die Anlagen zurück?

1. Allgemeine Angaben

1. Baujahr
2. Renovierung, wann, was?
3. Seit wann wohnen Sie in diesem Haus?
4. Ich/wir bewohnen das ganze Haus eine Wohnung
5. Wohnfläche gesamt m²
6. Welche Stockwerke werden bewohnt?

enthalten – z. B. Elektromog- oder Radioaktivitätsmessungen, Analyse von Schadstoffen und/oder Pilzbelastungen. In diesem Fall werden auch Adressen hierfür geeigneter Fachleute genannt.

Sollten Sie Ihr Haus/Ihre Wohnung jetzt oder in Zukunft verkaufen wollen, kann die ausgewertete Checkliste als aussagekräftige Verkaufshilfe genutzt werden.

Die Gebühren für diese Leistung betragen 232 Euro. Dieser Preis gilt für eine Wohneinheit, z. B. für eine Miet- oder Einliegerwohnung, eine Doppelhaushälfte, ein Reihen- oder Einfamilienhaus. Für die Bewertung anderer Gebäude oder mehrerer Wohneinheiten wenden Sie sich bitte vor dem Ausfüllen der Checkliste an das IBN!

10 % der Einnahmen gehen als Spende an die Stiftung BAU (Baubiologie - Architektur - Umweltmedizin). Diese Stiftung dient gemeinnützigen, zukunftsweisenden Zwecken u. a. in Wissenschaft und Forschung, Bildung, Gesundheit, Bau- und Siedlungskultur. Gerne erhalten Sie dazu vom IBN nähere Informationen.

Legen Sie der ausgefüllten Checkliste einen Scheck über 232 Euro (200 Euro + 16 % MWSt) sowie Ihre Anlagen bei und schicken Sie alles an das **IBN, Holzham 25, 83115 Neubeuern** oder an eine der **Baubiologischen Beratungsstellen IBN**. Hilfreich ist es, wenn Sie einen Grundrissplan mit Ansichten und/oder Fotos vom gebauten oder geplanten Objekt beifügen. Nach 2 - 3 Wochen erhalten Sie Ihre Checkliste mit einer Bewertung und einer Zahlungsbestätigung zurück.

Wir versichern Ihnen, dass Ihre ausgefüllte Checklisten nicht an Dritte gegeben wird.

Die Checkliste kann auch auf den IBN-Internetseiten, Rubrik "Dienstleistungen", als PDF heruntergeladen werden.

7. Anzahl abgeschlossener Räume
8. Ist das Haus/die Wohnung ständig bewohnt?
 ja nein
9. Anzahl der ständigen Bewohner
10. Ich/wir sind Besitzer Mieter

2. Baukörper

1. Einzelhaus Doppelhaus Reihenhaushaus
 Mehrfamilienhaus
2. Massivbau Massivholzbau Holzleichtbau
 Fertighaus
3. Garage im Haus am Haus
4. Anzahl der Stockwerke
5. Dachneigungswinkel
6. Dachüberstand, Giebel cm, Traufe cm
7. Besteht ein Kellerzugang
aus dem Wohnbereich? ja nein
aus dem Treppenhaus? ja nein
8. Ist ein Wintergartenanbau vorhanden?
 ja nein
11. Besteht ein separater Speicherraum?
 ja nein

Anmerkung: Bei den folgenden Kurzbeschreibungen der Bauteile bitte immer Materialdicken angeben! Alternativ aussagekräftige Skizzen/Detailzeichnungen beilegen!

3. Keller

1. Ist ein Keller vorhanden?
 ja nein teilunterkellert Tiefgarage
2. Kurzbeschreibung der Kelleraußenwände

3. Kurzbeschreibung des Kellerboden-Aufbaus

4. Ist der Keller
 trocken feucht nass
5. Werden einzelne Kellerräume als Wohnräume genutzt? ja, welche nein
6. Gibt es um den Keller eine Drainage? ja nein

4. Außenwände

1. Kurzbeschreibung Außenwände
(bei Verwendung von Holz bitte Holzart, Vollholz, verleimtes Holz, Abstand zum Erdreich angeben!)

2. Wind- und Luftdichtung:
 Baupappen Dampfbremsen Dampfsperren
 Holzweichfaser
3. Oberflächenbehandlung innen/außen

4. Ist die Fassade begrünt? ja, mit nein

5. Innenwände

1. Mauerwände Betonwände
 Leichtbauwände Vollholz
2. Wie sind die Innenwände verputzt/verkleidet?
 Kalkputz Kalkzementputz
 Gipsputz Gipskartonplatten
 Lehm Holzschalung
 Sonstiges
3. Dämmmaterial
4. Oberflächenbehandlung

6. Erdgeschossböden

1. Kurzbeschreibung Fußbodenaufbau

2. Oberflächenbehandlung

3. Art der Teppiche/Teppichböden

4. Bodenbelag, Art der Verarbeitung
 im Mörtelbett / mit Dünnbettkleber freiliegend
 geklebt genagelt geschraubt

7. Zwischendecken

1. Sichtbare Deckenbalken ja nein
2. Kurzbeschreibung Zwischendecken

3. Oberflächenbehandlung

4. Art der Teppiche/Teppichböden

5. Bodenbelag, Art der Verarbeitung:
 im Mörtelbett / mit Dünnbettkleber freiliegend
 geklebt genagelt geschraubt

8. Dachkonstruktion

1. Sichtbare Sparren ja nein
2. Kurzbeschreibung Dachaufbau

3. Oberflächenbehandlung

4. Dacheindeckung
 Betonstein Bitumenschindeln
 Ziegel Holzschindeln
 Ried/Schilf Steinplatten
 Gründach Blech/Kupfer/Aluminium/Zink
 Eternit/Asbestzement, Einbaujahr

9. Fenster und Türen

1. Rahmenmaterial:
 Holz Kunststoff Aluminium
2. U-Wert der Scheiben
3. Fensterfläche gesamtqm
 Fensterfläche: Südenqm, Nordenqm
 Westenqm Osten.....qm
4. Welche zusätzliche Fensterausstattung ist vorhanden?
 Fensterläden Rolläden Jalousien
5. Türmaterial
6. Oberflächenbehandlung/Holzschutzmittel
 Fenster innen
 Fenster außen
 Türen
7. Sind Türdurchgänge
 mit Schwelle oder ohne Schwelle ausgeführt?

10. Heizung / Warmwasser

1. Welcher Energieträger wird eingesetzt?
 Erdöl Strom Holz
 Erdgas Flüssiggas Kohle
2. Heizsystem:
 Zentralheizung Etagenheizung
 Einzelöfen

3. Anlagenkapazität in kWh:
4. Art der Heizung:

<input type="checkbox"/> Gas-/Ölkessel	<input type="checkbox"/> Brennwertkessel
<input type="checkbox"/> Holzvergaser	<input type="checkbox"/> Pelletsheizung
<input type="checkbox"/> Kraft-/Wärmekopplung	<input type="checkbox"/> Wärmepumpe
<input type="checkbox"/> Grund-/Kachelofen	<input type="checkbox"/> offener Kamin
<input type="checkbox"/> Elektrische Nachtspeicheröfen	
<input type="checkbox"/> Elektrische Zentralheizung	
<input type="checkbox"/> Lüftungsanlage mit integrierter Zuluftheizung	
<input type="checkbox"/>	
5. Wie wird die Wärme verteilt?

<input type="checkbox"/> Fußbodenheizung	<input type="checkbox"/> Radiatoren
<input type="checkbox"/> Wandheizung	<input type="checkbox"/> Plattenheizkörper
<input type="checkbox"/> Hypokaustenheizung	<input type="checkbox"/> Fußleisten
6. Energieverbrauch pro Jahr

..... Liter cbmkg
..... kWh Ster Holz	
7. Liegen Jahres-Heizkosten vor?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Euro
-------------------------------	-----------------------------------	------
8. Werden Sonnenkollektoren eingesetzt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Fläche
<input type="checkbox"/> nur für Brauchwasser	<input type="checkbox"/> mit Heizungsanbindung	

11. Lüftung

1. Art der Lüftung

<input type="checkbox"/> manuell	<input type="checkbox"/> Lüftungsanlage
----------------------------------	---
2. Kurzbeschreibung der Lüftungsanlage
.....
3. Gibt es Zuglufterscheinungen?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo?	

12. Elektroinstallation

1. Alter der Elektroinstallation:Jahre
2. Sind Netzfreischalter vorhanden?

<input type="checkbox"/> zentral	<input type="checkbox"/> pro Raum
----------------------------------	---
3. Ist eine Fotovoltaik-Anlage vorhanden?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Fläche	qm
-------------------------------	---	----
4. Wo befindet sich der Wechselrichter der Fotovoltaik-Anlage?
5. Sind schnurlose Telefone (DECT-Standard) im Einsatz?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------
6. Wird eine Niedervoltbeleuchtung eingesetzt?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchen Räumen?	
7. Gibt es eine Leuchtstoffröhren-Beleuchtung?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Wohnbereich
-------------------------------	---
8. Sind Fernseher und/oder Computer vorhanden?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Wohnbereich
-------------------------------	---
9. Elektroherd

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------
10. Hausanschluss über Dachständer

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

13. Sanitärinstallation

1. Welche Art Trinkwasserrohre werden verwendet?
.....

2. Gibt es einen Trinkwasserfilter?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Art des Filters?	
3. Wird das Regenwasser genutzt?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Art der Nutzung?	
<input type="checkbox"/> Waschmaschine	<input type="checkbox"/> Toilettenspülung
<input type="checkbox"/> Gartenbewässerung	<input type="checkbox"/> Brauchwasser
4. Wie hoch ist Ihr jährlicher Wasserverbrauch?
..... cbm
5. Abwasser

<input type="checkbox"/> über Kanalisation	<input type="checkbox"/> Klärgrube
<input type="checkbox"/> Pflanzenkläranlage	<input type="checkbox"/>

14. Umgebung / Nachbarn

1. Gebäudestandort (PLZ/Ort)
2. Einwohnerzahl
3. Umgebung: reines Wohngebiet Gewerbe- und Wohngebiet eher städtisch eher ländlich
4. In unmittelbarer Nähe sind/ist ein

<input type="checkbox"/> Industrieanlagen	<input type="checkbox"/> stark befahrene Straßen	
<input type="checkbox"/> Müllverbrennungsanlage, Deponie	<input type="checkbox"/> Flughafen	
<input type="checkbox"/> lärmende Nachbarn		
<input type="checkbox"/> Mobilsender, Entfernung	m	
<input type="checkbox"/> UKW-, Fernseh-, Radarsender, Entfernung	m	
<input type="checkbox"/> Trafo, Entfernung.....	m	
<input type="checkbox"/> Stromleitung, Entfernung	m,	kV
<input type="checkbox"/> Bahntrasse, elektrisch, Entfernung	m	
<input type="checkbox"/> sonstige, Sie störende Einrichtung:		

15. Sonstiges

1. Wie empfinden Sie die Akustik im Haus?

<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> schlecht
------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------
2. Durch Nachbarlärm im Haus fühle ich mich

<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark gestört
--------------------------------	---------------------------------	--
3. Wie empfinden Sie den Geruch im Haus?

<input type="checkbox"/> angenehm	<input type="checkbox"/> neutral	<input type="checkbox"/> schlecht
-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------
4. Entfernung Kompostplatz zum Haus: m
5. Gibt es im Haus Schimmelbefall?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo?	
6. Sind Sie oder Mitbewohner allergisch veranlagt?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------
7. Nutzen Sie regelmäßig ein Handy?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------
8. Haben Sie Haustiere?

<input type="checkbox"/> ja, welche	<input type="checkbox"/> nein
---	-------------------------------
9. Haben Sie Zimmerpflanzen?

<input type="checkbox"/> sehr viele	<input type="checkbox"/> durchschnittlich viele	<input type="checkbox"/> eher wenig
-------------------------------------	---	-------------------------------------
10. Wird in Ihren Wohnräumen geraucht?

<input type="checkbox"/> ja, regelmäßig	<input type="checkbox"/> ja, hin und wieder	<input type="checkbox"/> nein
---	---	-------------------------------
11. Vorhandene Gesundheitsprobleme, deren Ursache das Wohnumfeld sein könnte/Sonstiges:
.....
.....
.....