

# Projektbogen SolvisClean

Adresse	Anfrage von		Projekt (Standort des Gebäudes)	
	Firma		Projektname	
	Straße		Straße	
	PLZ / Ort		PLZ / Ort	
	Ansprechpartner		Eigentümer	
	Telefon		Telefon	
	E-Mail		E-Mail	
	<input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Installateur	<input type="checkbox"/> Planer <input type="checkbox"/> Contractor	<input type="checkbox"/> Eigentümergemeinschaft <input type="checkbox"/> Kommune	<input type="checkbox"/> (Wohnungs-)Unternehmen <input type="checkbox"/> Privatbesitz

Objekt	Gebäudeart		Warmwasserbereitung	
	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Schule	Schema Trinkwassernetz (Kalt-, Warmwasser und Zirkulation) vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Hotel / Herberge	Baujahr:	
	<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Campingplatz	Warmwasserspeicher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Sportstätte	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	Frischwassersystem	<input type="checkbox"/> keines <input type="checkbox"/> SolvisVital <input type="checkbox"/> SolvisDirekt <input type="checkbox"/> Sonstige:	

Legionellencheck	Wurde eine Untersuchung des Warmwassernetzes auf Legionellen durchgeführt?		
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Datum:	
		Art der Untersuchung:	Ergebnisse der Untersuchung (Werte zwingend erforderlich):
		<input type="checkbox"/> orientierende <input type="checkbox"/> weitergehende	Warmwasservorlauf [KBE/100 ml]: Zirkulationsrücklauf [KBE/100 ml]: ggf. Kaltwasser [KBE/100 ml]:

Legionellenbefund	Liegt ein Legionellenbefund vor?		
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
		Liegt der Befund über dem technischen Maßnahmewert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Wurde eine Gefährdungsanalyse durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Wurde das Gesundheitsamt informiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Wurden bereits Maßnahmen zur Verminderung von Legionellen durchgeführt?	
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	
		Thermische Desinfektion?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Chemische Desinfektion?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Reinigung des Trinkwassers durch Luft-Wasser-Spülungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Wurden bautechnische Maßnahmen durchgeführt?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:		

Messwerte		
	Warmwassertemperatur	Sollwert [°C]:
		Bei Bestandsgebäuden: Istwert [°C]:
	Zirkulationstemperatur	Sollwert [°C]:
		Bei Bestandsgebäuden: Istwert [°C]:
Volumenstrom der Zirkulation	Istwert (bei Neubauten Sollwert) [°C]:	
Ist eine Absenkung der Warmwassertemperatur erwünscht?		
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, auf eine Temperatur von [°C]	

Checkliste: Entspricht das vorhandene Trinkwassernetz den allgemein anerkannten Regeln der Technik?	
Qualität Trinkwassernetz	Ist alle 72 Stunden ein Austausch des Warmwassers in allen vorhandenen Rohrleitungen gegeben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Ist sichergestellt, dass es keine Totleitungen gibt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Ist das Zirkulationsnetz hydraulisch abgeglichen? <input type="checkbox"/> Ja, statisch <input type="checkbox"/> Ja, thermostatisch <input type="checkbox"/> Nein
	Ist das Nicht-Trinkwasser vom Trinkwassernetz durch Systemtrenner separiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Sind sonstige Mängel des Trinkwassernetzes bekannt? <input type="checkbox"/> Ja, welche: <input type="checkbox"/> Nein

Begleitung durch	Gesundheitsamt		Gefährdungsanalytiker	
	Amt		Firma	
	Name		Name	
	Straße		Straße	
	PLZ / Ort		PLZ/Ort	
	Telefon		Telefon	
	E-Mail		E-Mail	

Sonstiges

