



Folkhälsomyndigheten

Mätprotokoll, termiskt inomhusklimat

Ärende	Datum
Boende/Verksamhet Namn	Fastighetsägare Namn
Kontaktuppgifter	Kontaktuppgifter
Namn på den som utför mätningen	
Pågående verksamhet Antal personer närvarande vid mätningen	
Typ av aktivitet (stillasittande, måttlig aktivitet, hög aktivitet)	
Uppgifter om bostaden/lokalen Lägenhetsnummer/rumsnummer	
Lägenhetsyta	
Antal personer i hushållet/normal personbelastning i verksamheten	
Värmesystem (radiatorer, golvvärme, luftvärme)	
Ventilation (S, F, FT, FTX)	
Finns mekanisk komfortkyla (luftkonditionering)?	
Okulär besiktning av bostaden/lokalen Finns möjlighet till individuell styrning av värmesystem?	
Finns möjlighet att skapa korsdrag via vädring?	
Utvändig solavskärmning (vilken typ, är de i bruk?)	
Invändig solavskärmning (vilken typ, är de i bruk?)	
Kan möblernas placering påverka?	
Fönstrens storlek och väderstreck	

Övriga noteringar/plats för ev. skiss