

# Fragebogen Heizung



<b>Kontaktdaten</b>				Datum:	
Anrede			Telefon		
Vorname			Telefax		
Nachname			Mobil		
Straße			E-Mail		
Teilort			Geschäftl.		
PLZ+Ort			Sonstige		

<b>Projektdaten</b>					
Straße			<input type="checkbox"/> Einzelhaus	<input type="checkbox"/> Wohnung	
Teilort			<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Eigennutzung	
PLZ+Ort			<input type="checkbox"/> Doppelhaushälfte	<input type="checkbox"/> Vermietet	
Baujahr		Etagen	Fläche		Personen

<b>Bisheriger Energieträger / Brennstoff / Heizungsart</b>			
<input type="checkbox"/> Erdgas	<input type="checkbox"/> Heizöl	<input type="checkbox"/> Pellets	<input type="checkbox"/> Stückholz
<input type="checkbox"/> Wärmepumpe	<input type="checkbox"/> Nachtspeicher	<input type="checkbox"/> Solar thermisch	<input type="checkbox"/> Photovoltaik
<input type="checkbox"/> Heizkörper	<input type="checkbox"/> Fußbodenheizung	<input type="checkbox"/> Pufferspeicher	<input type="checkbox"/> Sonstiges

<b>Zukünftiger Energieträger / Brennstoff / Heizungsart</b>			
<input type="checkbox"/> Erdgas	<input type="checkbox"/> Heizöl	<input type="checkbox"/> Pellets	<input type="checkbox"/> Stückholz
<input type="checkbox"/> Wärmepumpe	<input type="checkbox"/> Nachtspeicher	<input type="checkbox"/> Solar thermisch	<input type="checkbox"/> Photovoltaik
<input type="checkbox"/> Heizkörper	<input type="checkbox"/> Fußbodenheizung	<input type="checkbox"/> Pufferspeicher	<input type="checkbox"/> Sonstiges

<b>Wärmeschutzmaßnahmen vorhanden</b>			
<input type="checkbox"/> Wärmedämmung	<input type="checkbox"/> Isolierglasfenster	<input type="checkbox"/> Dachdämmung	<input type="checkbox"/> Sonstiges

<b>Abgasführung</b>			
<input type="checkbox"/> Kamin im Haus	<input type="checkbox"/> Aussenkamin	<input type="checkbox"/> direkt duchs Dach	<input type="checkbox"/> Sonstiges

<b>Trinkwassererwärmung</b>			
<input type="checkbox"/> durch Heizung	<input type="checkbox"/> elektrisch	<input type="checkbox"/> Speicher zentral	<input type="checkbox"/> dezentral

<b>Was ist Ihnen besonders Wichtig?</b>

<b>Was darf auf keinen Fall passieren?</b>

<b>Sind Pläne vorhanden?</b>
------------------------------

<b>Können Sie evtl. Bilder schicken?</b>

<b>Bemerkungen:</b>