

Fragebogen zur Bewertung einer Lichtsituation

Sie haben sich bereit erklärt, an einer lichttechnischen Befragung teilzunehmen. Dafür danken wir Ihnen bereits jetzt.

Wir bitten Sie, das Licht im Raum und am Arbeitsplatz zu bewerten. Die Aussagen sind in Form der folgenden Skala gegeben:

(Beispiel)

Wie ist das Wetter **im Moment**?

keine Angabe

trüb ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sonnig ☐

Die vorgegebenen Kriterien beschreiben gewissermaßen extreme Eindrücke. Auf der Skala zwischen diesen liegt irgendwo Ihr persönlicher Eindruck, den Sie bitte durch Ankreuzen kennzeichnen.

Wichtig ist dabei, dass Sie Ihren ganz persönlichen Eindruck wiedergeben. Dabei gibt es keine „richtigen“ und „falschen“ Angaben. In der Auswertung erfolgen keine Vergleiche zwischen einzelnen Testpersonen. Die Daten werden nur anonymisiert weiterverarbeitet.

Haben Sie noch Fragen?

1. Wie fühlen Sie sich **im Moment**?

keine Angabe

unwohl ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ wohl ☐

2. Wie empfinden Sie den **Raum**, in dem Sie arbeiten?

keine Angabe

hässlich ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ schön ☐
beengt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ geräumig ☐
langweilig ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ interessant ☐

3. Wie zufrieden sind Sie mit der Beleuchtung mit **Tageslicht**?

keine Angabe

sehr unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr zufrieden ☐

4. Wie zufrieden sind Sie mit der Beleuchtung mit **Kunstlicht**?

keine Angabe

sehr unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr zufrieden ☐

Helligkeit

5. Wie empfinden Sie **im Moment** die Helligkeit an Ihrem **Arbeitsplatz**?

sehr dunkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hell	<input type="checkbox"/>	keine Angabe	<input type="checkbox"/>
Ich hätte es lieber...											
deutlich dunkler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	deutlich heller	<input type="checkbox"/>		

6. Wie empfinden Sie **im Moment** die Helligkeit an den **Wänden**?

sehr dunkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hell	<input type="checkbox"/>	keine Angabe	<input type="checkbox"/>
Ich hätte es lieber...											
deutlich dunkler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	deutlich heller	<input type="checkbox"/>		

7. Wie empfinden Sie **im Moment** die Helligkeit im **Raum insgesamt**?

sehr dunkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hell	<input type="checkbox"/>	keine Angabe	<input type="checkbox"/>
Ich hätte es lieber...											
deutlich dunkler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	deutlich heller	<input type="checkbox"/>		

8. Wie empfinden Sie die **Lichtverteilung** in Ihrem Raum?

sehr ungleichmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr gleichmäßig	<input type="checkbox"/>	keine Angabe	<input type="checkbox"/>
Ich hätte es lieber...											
deutlich ungleichmäßiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	deutlich gleichmäßiger	<input type="checkbox"/>		

Farbe

9. Wie empfinden Sie die **Lichtfarbe**?

sehr kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr warm	<input type="checkbox"/>	keine Angabe	<input type="checkbox"/>
Ich hätte es lieber...											
deutlich kälter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	deutlich wärmer	<input type="checkbox"/>		

10. Wie empfinden Sie die Farbe der **Gegenstände** im Raum?

sehr unnatürlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr natürlich	<input type="checkbox"/>	keine Angabe	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	--------------	--------------------------

Bedienbarkeit, Steuerung

11. Wie zufrieden sind Sie mit der **Bedienbarkeit** Ihres Sonnenschutzes?

sehr unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr zufrieden ☐ keine Angabe ☐

12. Falls Ihr Raum mit einem automatisch gesteuerten Sonnenschutz ausgestattet ist:
Wie zufrieden sind Sie mit der **automatischen Steuerung** Ihres Sonnenschutzes?

sehr unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr zufrieden ☐ keine Angabe ☐

13. Wie zufrieden sind Sie mit der **Bedienbarkeit** der künstlichen Beleuchtung?

sehr unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr zufrieden ☐ keine Angabe ☐

14. Falls das Kunstlicht in Ihrem Raum automatisch gesteuert wird:
Wie zufrieden sind Sie mit der **automatischen Steuerung** der Beleuchtung?

sehr unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr zufrieden ☐ keine Angabe ☐

Reflexionen (Spiegelungen)

15. Nehmen Sie **im Moment Reflexionen** auf dem Tisch oder auf Arbeitsmaterialien wahr?

deutlich wahrnehmbar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ nicht wahrnehmbar ☐ keine Angabe ☐

Ich hätte lieber...

mehr Reflexionen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ weniger Reflexionen ☐

16. Nehmen Sie **im Moment Reflexionen** auf dem Bildschirm wahr?

deutlich wahrnehmbar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ nicht wahrnehmbar ☐ keine Angabe ☐

Blendung

17. Wie häufig werden Sie **im Allgemeinen** in diesem Raum durch **Tageslicht** geblendet?

eigentlich immer ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ eigentlich nie ☐ keine Angabe ☐

18. Nehmen Sie **im Moment Blendung** durch **Tageslicht** wahr?

nicht tolerierbar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ nicht wahrnehmbar ☐ keine Angabe

19. Nehmen Sie **im Moment Blendung** durch **Leuchten direkt** wahr?

nicht tolerierbar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ nicht wahrnehmbar ☐ keine Angabe

Zum Schluss

20. Wie empfinden Sie **den Blick aus Ihrem Fenster** in dieser Jahreszeit?

unangenehm ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ angenehm ☐ keine Angabe

21. Wie zufrieden sind Sie mit der Beleuchtung Ihres Arbeitsplatzes in dieser Jahreszeit durch **Tageslicht**, wenn der **Sonnenschutz offen** ist?

sehr unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr zufrieden ☐ keine Angabe

Grund: _____

22. Wie zufrieden sind Sie mit der Beleuchtung Ihres Arbeitsplatzes durch **Tageslicht**, wenn der **Sonnenschutz soweit geschlossen** ist wie aus Ihrer Sicht erforderlich in dieser Jahreszeit?

sehr unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr zufrieden ☐ keine Angabe

Grund: _____

23. Nehmen Sie ein **Flimmern** der Beleuchtung wahr?

starkes Flimmern ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ kein Flimmern ☐ keine Angabe

24. Wie zufrieden sind Sie mit der Beleuchtung Ihres Arbeitsplatzes in dieser Jahreszeit durch **Kunstlicht**?

sehr unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr zufrieden ☐ keine Angabe

Grund: _____

25. **Nachdem** Sie alle Fragen beantwortet haben, wie zufrieden sind Sie mit der allgemeinen **Beleuchtungssituation** in Ihrem Raum?

sehr unzufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr zufrieden ☐ keine Angabe