



# Afdækning af støjproblemer

Navn: \_\_\_\_\_ Hvor stort er problemet for dig? \_\_\_\_\_ (skala 0-5, hvor 0 er intet problem og 5 er stort problem)

## 1. Støjbelastninger

Hvilke støjbelastninger oplever du?	Hvor?	Hvornår?

2. Er der tidspunkter, hvor der er særlig meget støj? \_\_\_\_\_

3. Hvilke gode erfaringer har du med at mindske støj? \_\_\_\_\_