

Datum	Art der Lichtwirkung*	Zeitraum [von... bis...]	Beobachtungsort**	Bemerkungen

Ergänzende Angaben, wenn Räume betroffen sind

Fenster geschlossen ja nein

Verdunkelung vorhanden ja nein

Trotz Verdunklung wahrnehmbar ja nein

*** Art der Lichtwirkung**

- **Blendung**
starkes, direkt einfallendes Licht, beeinträchtigt Sehen
- **Aufhellung**
Aufhellung (Verlust der Dunkelheit) von Bereichen (Schlafzimmer, Wohnzimmer, Terrasse oder Balkon)
- **Lichtreflexion**
Spiegelungen an Fassaden, Fenstern, Fahrzeugen
- **Flackerndes oder wechselndes Licht**
- **Dauerbeleuchtung**
keine Nachabschaltung

**** Beobachtungsort**

Ort, wo das Licht wahrnehmbar ist

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mir darüber bewusst, dass unzutreffende Informationen ein kostenpflichtiges Verwaltungsverfahren gegen mich nach sich ziehen können.

Ort, Datum

Unterschrift