

Vorname / Name des Mieters: \_\_\_\_\_

Wohnungsanschrift: \_\_\_\_\_

#### Wohnungszustand

Raum	Mängel
Flur / Diele	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ _____
Küche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ _____
Bad / WC	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ _____
Wohnzimmer	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ _____
Schlafzimmer	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ _____
Kinderzimmer	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ _____
Keller / Speicher	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ _____
Balkon / Terrasse	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ _____

#### Zählerstände

Strom: \_\_\_\_\_

Gas: \_\_\_\_\_

Wasser warm: \_\_\_\_\_

Wasser kalt: \_\_\_\_\_

