

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: _____

