

## Wohnungsübergabeprotokoll

Datum der Besichtigung: \_\_\_\_\_ vor dem Einzug  vor dem Auszug

**Besichtige Wohnung:**

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

**Vermieter:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, evtl. Firma

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Beauftragter/Hausverwaltung: Name, Vorname, Firma

**Mieter:**

\_\_\_\_\_  
1. Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
2. Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
neue Anschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

**weitere Teilnehmer:**

\_\_\_\_\_  
auf Vermieterseite: Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
auf Mieterseite: Name, Vorname

**Zählerstände:**

Strom	Zählernr.:	Zählerstand:
Gas (bei Etagenheizung)	Zählernr.:	Zählerstand:
Warmwasser	Zählernr.:	Zählerstand:
Kaltwasser	Zählernr.:	Zählerstand:
Wärmemengenzähler	Zählernr.:	Zählerstand:
elektronische Heizkostenverteiler	Zählernr.:	Zählerstand:
elektronische Heizkostenverteiler	Zählernr.:	Zählerstand:
elektronische Heizkostenverteiler	Zählernr.:	Zählerstand:
elektronische Heizkostenverteiler	Zählernr.:	Zählerstand:
weitere Zähler	Zählernr.:	Zählerstand:

Öffnungszeiten

Mo	9.00 - 16.00 Uhr
Di	9.00 - 18.00 Uhr
Mi	9.00 - 16.00 Uhr
Do	9.00 - 18.00 Uhr
Fr	9.00 - 14.00 Uhr

**Schlüsselübergabe:** Haustür \_\_\_\_\_ Wohnung \_\_\_\_\_ Keller \_\_\_\_\_  
 Hof \_\_\_\_\_ Briefkasten \_\_\_\_\_ Garage \_\_\_\_\_  
 folgende Schlüssel fehlen \_\_\_\_\_

## Wohnungszustand

Bei der Wohnungsbesichtigung wurden keine Mängel festgestellt   
 Mängel festgestellt

	in Ordnung	folgende Mängel festgestellt	Bemerkungen
Diele/Flur	<input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/>		
Küche	<input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/>		
Bad/WC	<input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/>		
Wohnzimmer	<input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/>		
Schlafzimmer	<input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/>		
Kinderzimmer	<input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/>		
Balkon	<input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/>		
Keller	<input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/>		
weitere Räume	<input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/>		
Garage	<input type="checkbox"/> ja / nein <input type="checkbox"/>		

## Sonstiges:

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Vermieter \_\_\_\_\_

Mieter \_\_\_\_\_

Zeuge \_\_\_\_\_