

# Wohnungsabnahmeprotokoll

**Anschrift der Wohnung:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Etage / Lage:** \_\_\_\_\_

**ausziehende Mietpartei:** \_\_\_\_\_

**Datum / Zeit der Übergabe:** \_\_\_\_\_

**Anwesende:**

\_\_\_\_\_ *Vermieter*

\_\_\_\_\_ *Mieter*

\_\_\_\_\_ *Mieter*

\_\_\_\_\_ *Sonstige*

\_\_\_\_\_ *Sonstige*

<b>Zählerstände:</b>	Strom:	<input type="text" value="Zähler-Nr."/>	<input type="text" value="KW/h"/>
	Gas:	<input type="text" value="Zähler-Nr."/>	<input type="text" value="KW/h"/>
	Wasser kalt:	<input type="text" value="Zähler-Nr."/>	<input type="text" value="m³"/>
	Wasser warm:	<input type="text" value="Zähler-Nr."/>	<input type="text" value="m³"/>

Dem Mieter werden folgende Schlüssel ausgehändigt:

	<i>Anzahl</i>		<i>Anzahl</i>
<b>Schlüssel:</b> Haus	<input type="checkbox"/>	Briefkasten	<input type="checkbox"/>
Wohnung	<input type="checkbox"/>	Garage	<input type="checkbox"/>
Keller	<input type="checkbox"/>	Dachboden	<input type="checkbox"/>
Fahrradkeller	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
		<i>Sonstiges</i>	

von diesem Protokoll sind folgende Räume o.g. Wohnung erfasst:

Küche	Schlafzimmer
Bad	_____
Flur	_____
Wohnzimmer	_____

# Küche

	<i>ohne Mangel</i>	<i>Mangel</i>	<i>Bild-Nr.</i>	
<b>Wände:</b>	Wand	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Tapete	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Anstrich	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Fliesen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Decke	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Rauchwarnmelder	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Boden:</b>	Belag	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Abschlußleisten	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Türen:</b>	Türrahmen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Türblatt	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Türklinke	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Zimmerschlüssel		vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>	
<hr/>				
<b>Fenster:</b>	Rahmen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Verschluß	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Fensterbank	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Gardinen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Anschlüsse:</b>	Herd	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Lichtschalter	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Steckdosen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Lichttg.	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Wasseranschl.	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Heizung:</b>	Heizkörper	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Anstrich	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	HKV		_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Sonstiges:</b>	_____			
_____				

# Bad

	<i>ohne Mangel</i>	<i>Mangel</i>	<i>Bild-Nr.</i>	
<b>Wände:</b>	Wand	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Tapete	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Anstrich	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Fliesen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Decke	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Rauchwarnmelder	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Boden:</b>	Belag	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Abschlußleisten	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Türen:</b>	Türrahmen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Türblatt	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Türklinke	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Zimmerschlüssel		vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>	
<hr/>				
<b>Fenster:</b>	Rahmen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Verschuß	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Fensterbank	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Gardinen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Technik:</b>	Lichttg.	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Lichtschalter	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Steckdosen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Dusche / Waschb.	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	WC / Spülkasten	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Heizung:</b>	Heizkörper	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Anstrich	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	HKV		_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Sonstiges:</b>	_____			
_____				

# Flur

	<i>ohne Mangel</i>	<i>Mangel</i>	<i>Bild-Nr.</i>
<b>Wände:</b>			
Wand	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Tapete	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Anstrich	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Decke	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Rauchwarnmelder	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>			
<b>Boden:</b>			
Belag	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Abschlußleisten	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>			
<b>Türen:</b>			
Türrahmen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Türblatt	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Türklinke	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Zimmerschlüssel		vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>Fenster:</b>			
Rahmen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Verschluß	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Fensterbank	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Gardinen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>			
<b>Anschlüsse:</b>			
Lichtschalter	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Steckdosen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Lichttg.	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Telefon / TV-Kabel	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>			
<b>Heizung:</b>			
Heizkörper	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Anstrich	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
HKV		_____	<input type="text"/>
<hr/>			
<b>Sonstiges:</b>	_____ _____ _____		

# Schlafzimmer

	<i>ohne Mangel</i>	<i>Mangel</i>	<i>Bild-Nr.</i>	
<b>Wände:</b>	Wand	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Tapete	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Anstrich	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Decke	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Rauchwarnmelder	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Boden:</b>	Belag	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Abschlußleisten	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Türen:</b>	Türrahmen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Türblatt	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Türklinke	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Zimmerschlüssel		vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>	
<hr/>				
<b>Fenster:</b>	Rahmen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Verschuß	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Fensterbank	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Gardinen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Anschlüsse:</b>				
	Lichtschalter	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Steckdosen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Lichtltg.	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Telefon / TV-Kabel	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Heizung:</b>	Heizkörper	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	Anstrich	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
	HKV		_____	<input type="text"/>
<hr/>				
<b>Sonstiges:</b>	_____			
	_____			
	_____			

# Wohnraum

Bezeichnung \_\_\_\_\_

	<i>ohne Mangel</i>	<i>Mangel</i>	<i>Bild-Nr.</i>
<b>Wände:</b>			
Wand	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Tapete	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Anstrich	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Decke	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Rauchwarnmelder	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>			
<b>Boden:</b>			
Belag	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Abschlußleisten	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>			
<b>Türen:</b>			
Türrahmen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Türblatt	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Türklinke	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Zimmerschlüssel		vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>Fenster:</b>			
Rahmen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Verschuß	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Fensterbank	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Gardinen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>			
<b>Anschlüsse:</b>			
Lichtschalter	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Steckdosen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Lichtltg.	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Telefon / TV-Kabel	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
<hr/>			
<b>Heizung:</b>			
Heizkörper	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
Anstrich	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
HKV		_____	<input type="text"/>
<hr/>			
<b>Sonstiges:</b>	_____ _____ _____		



# Wohnungsabnahmeprotokoll

---

Anschriften der alten Mieter:

---

---

---

---

Anschriften sonstige Anwesende:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# Wohnungsabnahmeprotokoll

---

Die auf Seite 1 dieses Protokolls bezeichneten Mieträume sind heute dem Vermieter durch den Mieter übergeben worden.

Bei der gemeinsamen Besichtigung der Mieträume am ..... um ..... Uhr wurden die auf den Seiten 1 - ~~1111~~ genannten Mängel festgestellt.

Ort	Datum	Mieter
Ort	Datum	Mieter
Ort	Datum	Vermieter