



Genomgång av lägenhetens skötsel

Datum: _____ Adress: _____

Är eventuell tidigare gjord felanmälan åtgärdad?

Ja _____ Nej, vad? _____

Kommentar: _____

Har något gått sönder sedan förra genomgången?

Nej _____ Ja, vad? _____

Kommentar: _____

Är fönster, innerdörrar, golv, tapeter, balkong/uteplats utan skada?

Ja _____ Nej, vad? _____

Kommentar: _____

Sköts rengöring av t ex golv, badrum, spis/ugn och köksfläkt?

Ja _____ Nej, vad? _____

Kommentar: _____

Är ventilationen fungerande?

Ja _____ Nej, vad? _____

Kommentar: _____

Är lägenheten belamrad på något sätt?

Nej: _____ Ja, hur? _____

Kommentar: _____

Finns skadedjur i lägenheten?

Nej: _____ Ja, vad? _____

Kommentar: _____

Finns det kranar eller rör som droppar?

Kök? Nej _____ Ja _____

Badrum? Nej _____ Ja _____

Kommentar: _____

Synlig fukt eller mögel i badrum?

Nej _____ Ja _____

Kommentar: _____

Finns brandvarnare med fungerande batteri?

Ja _____ Nej _____

Kommentar: _____

Finns risk för nikotinskador i lägenheten?

Nej _____ Ja _____

Kommentar: _____

Finns giltig hemförsäkring?

Ja _____ Nej _____

Kommentar: _____

Övrigt: _____
