

Qualitätssicherungssystem zur Unterhaltsreinigung

Bezeichnung des Gebäudes: _____

Kalenderwoche: _____

Datum: _____

Nr.	Art	Raumtyp	Raumnummer Bezeichnung	Level	Note 1-2-3	Nacharbeit erfolgt am	Prüfergebnis 01 % / 2 %
1	Raumgruppe vorgegeben	Hauptnutzfläche*		2			
2		Hauptnutzfläche*		2			
3		Hauptnutzfläche*		2			
4		Verwaltung/Büro		2			
5		Flur		2		nicht möglich - 2,0 %	
6		Treppe		2		nicht möglich - 2,0 %	
7		Sanitär		1		nicht möglich - 2,0 %	
8	einen Raumtyp auswählen	Speiseraum		1		nicht möglich - 2,0 %	
		Eingangsbereich		2		nicht möglich - 2,0 %	
		ggf. Turnhalle		2		nicht möglich - 2,0 %	

 Unterschrift AN

 Unterschrift AG

Ergebnis	Gesamtabzug	
	Anzahl geprüfte Räume	8
	Anzahl Räume i.o.	
	Anzahl Räume nicht i.o.	
	Prüfung durch AN erfolgt:	

* Hauptnutzfläche umfasst: Büroräume, Klassenräume, Gruppenräume