

Qualitätskontrolle (Zimmer)

Objekt:																				
Datum:																				
Kontroller																				
Woche	KON																			
Gesamteindruck	PU.	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	*/-
Zimmer																				
Mobiliar																				
Boden																				
Türen																				
Bett																				
Heizkörper																				
Abfallbehälter																				
Bilder																				
Telefon																				
Fensterbänke																				
Auswertung																				

Qualitätskontrolle (Sanitär)

Objekt:																				
Datum:																				
Teilnehmer:																				
Woche	Am																			
Gesamteindruck	PU.	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	*/-
Sanitär																				
Spiegel																				
Waschbecken																				
Siffon																				
Armaturen																				
Seifenspender																				
Spritzbereiche																				
WC																				
WC -Sitz																				
WC-Papierhalter																				
WC-Bürste																				
Dusch-/Badewanne																				
Duscharmatur																				
Duschwände / Trennwände																				
Spritzbereiche																				
Siffon																				
Fliesenwände																				
Abluftgitter																				
Boden																				
Auswertung																				

Qualitätskontrolle (Stiegenhaus)

Objekt:																				
Datum:																				
Teilnehmer:																				
Woche	AM																			
Gesamteindruck	PU.	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	*/-
Flur / Stiegenhaus																				
Mobiliar																				
Boden																				
Fensterbänke																				
Heizkörper																				
Bilder																				
Feuerlöscher																				
Zimmertüren																				
Glastüren																				
Treppengeländer																				
Fahrstuhlwände																				
Fahrstuhlboden																				
Auswertung																				

Qualitätskontrolle (Putzkammer, Material)

Objekt:																				
Datum:																				
Teilnehmer:																				
Woche	AM																			
Gesamteindruck	PU.	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	*/-
Reinigungs- Utensilien																				
Putzkammer																				
Ordnung																				
Reinigungswagen																				
Mitarbeiter- Aussehen																				
Dosieranleitungen																				
Reinigungs- anleitungen																				
Auswertung																				