

E-Stelle: _____

Datum: _____

Räumungsprotokoll

5. OG	Wohnungs-Nr. Name an Klingel Personenanzahl Kontrolliert? Geräumt? Zutritt	51 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	52 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	53 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	54 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam
4. OG	Wohnungs-Nr. Name an Klingel Personenanzahl Kontrolliert? Geräumt? Zutritt	41 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	42 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	43 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	44 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam
3. OG	Wohnungs-Nr. Name an Klingel Personenanzahl Kontrolliert? Geräumt? Zutritt	31 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	32 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	33 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	34 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam
2. OG	Wohnungs-Nr. Name an Klingel Personenanzahl Kontrolliert? Geräumt? Zutritt	21 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	22 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	23 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	24 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam
1. OG	Wohnungs-Nr. Name an Klingel Personenanzahl Kontrolliert? Geräumt? Zutritt	11 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	12 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	13 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	14 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam
EG	Wohnungs-Nr. Name an Klingel Personenanzahl Kontrolliert? Geräumt? Zutritt	01 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	02 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	03 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam	04 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> gewaltsam

Lfd. Nr.	Name	Geschlecht	geb. am	Wohnung Nr.	transportiert? transportiert von (z.B. RTW XY)	Bemerkungen
1		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
5		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
7		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
10		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
12		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
14		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
15		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
16		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
17		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
18		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
19		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	