

Checkliste: Umgebung



Gehen sie die folgenden Punkte durch:

- Objektnummer: _____
- Adresse: _____
- Gesamteindruck: sehr gut gut mäßig schlecht

Öffentliche Verkehrsverbindungen:

- Bus Bahn U-Bahn Straßenbahn
- Öffentliche Verkehrsmittel zu Fuß erreichbar? ja nein
- Gehminuten: _____
- Generelle Fahrtzeiten der Verkehrsanbindung: von: __ bis: __
- Abfahrtsintervalle der Verkehrsmittel: Bus: _____ min Bahn: _____ min
U-Bahn: _____ min Straßenbahn: _____ min
- Fahrtzeit zu Arbeitsplatz/ Schule/ Kindergarten: _____

Auto:

- Parkplatzsituation: viele wenige keine Parkplätze
 Kurzparkzone Parkverbot Garage Tiefgarage Parkpickerl
- Zufahrtswege zum Grundstück/ Haus/ Wohnung
- Fahrtzeit zum Arbeitsplatz/Schule/Kindergarten _____
- Anschaffung eines Zweitwagens nötig?
- Entfernung zur nächsten Tankstelle

Nahversorgung:

- Einkaufsmöglichkeiten: Supermarkt, Drogerie, etc.
- Entfernung zu Einkaufsmöglichkeiten(Auto, öffentlich, zu Fuß)
- Medizinische Versorgung: Arzt, Apotheke, Krankenhaus, etc.
- Entfernung zu Arzt, Apotheke, Krankenhaus, etc.

Freizeitangebot:

- Kultur: Kino Theater Café Restaurant
- Sport: Schwimmbad Sportvereine Joggingmeile _____
- Gastronomie: Restaurants Imbisse Zustellservice
- Erholung: Wald, Spazier-, Wandermöglichkeit
- Sonstiges:.....

Weitere relevante Fragen:

- Geruchs-, Lärm-, Staubbelastung
- Kinderspielplätze
- Empfang Handy
- Sendemasten in der unmittelbaren Nähe/ Elektrosmoggefahr?
- Nähe Autobahn/ Schnellstraßen