

Von: _____

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wohnzimmer | <input type="checkbox"/> Schlafzimmer |
| <input type="checkbox"/> Badezimmer | <input type="checkbox"/> Flur |
| <input type="checkbox"/> Küche | <input type="checkbox"/> Kinderzimmer |
| <input type="checkbox"/> Arbeitszimmer | <input type="checkbox"/> Keller |
| <input type="checkbox"/> _____ | |



Zerbrechlich



Schwer



WAS:

OBEN

