

✓ CHECK-Liste **1** Barrierefreiheit

Name Teilnehmer*in: _____

Stadt: _____

Betrachteter Ort (Straße oder Platz): _____

1. Allgemeine Betrachtung

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| a) Wie beurteilen Sie den Zustand des Gehwegs? | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut |
| b) Wie empfinden Sie die Breite des Gehbereichs? | <input type="checkbox"/> zu schmal | <input type="checkbox"/> breit genug |
| c) Welche Hindernisse gibt es auf dem Gehweg? | <input type="checkbox"/> abgestellte Fahrzeuge | <input type="checkbox"/> Schilder |
| | <input type="checkbox"/> Tische und Stühle | <input type="checkbox"/> Müll(tonnen) |
| | <input type="checkbox"/> Strom-/Schaltkästen | <input type="checkbox"/> keine |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |
| d) Gibt es eine gesicherte Querungsstelle? | <input type="checkbox"/> Zebrastreifen (FGÜ) | <input type="checkbox"/> Mittelinsel |
| | <input type="checkbox"/> Ampel (LSA) | <input type="checkbox"/> keine |
| e) Welche Fahrzeuggeschwindigkeit ist zulässig? | <input type="checkbox"/> Schritttempo | <input type="checkbox"/> Tempo 20 |
| | <input type="checkbox"/> Tempo 30 | <input type="checkbox"/> Tempo 50 |

2. Themenspezifische Betrachtung

Zutreffendes bitte einkreisen (ja oder nein) bzw. ankreuzen.

a) Gibt es ...?		b) Gibt es ...?		c) Gibt es ausreichend Platz für ...?	
Bordsteinabsenkungen 	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Blindenleitsysteme 	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Begegnungsverkehr 	<input checked="" type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein
d) Gibt es ...?		e) Gibt es an Querungsstellen ...?		FAZIT Wie beurteilen Sie die Situation insgesamt? <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schlecht	
kein unebenes Pflaster 	<input checked="" type="checkbox"/> ja	freigehaltene Sichtbereiche 	<input checked="" type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein		

✓ CHECK-Liste **2** Kinder zu Fuß

Name Teilnehmer*in: _____

Stadt: _____

Betrachteter Ort (Straße oder Platz): _____






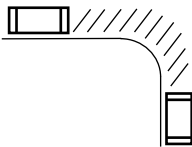
1. Allgemeine Betrachtung

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- a) Wie beurteilen Sie den Zustand des Gehwegs? eher schlecht eher gut
- b) Wie empfinden Sie die Breite des Gehbereichs? zu schmal breit genug
- c) Welche Hindernisse gibt es auf dem Gehweg?
- abgestellte Fahrzeuge Schilder
- Tische und Stühle Müll(tonnen)
- Strom-/Schaltkästen keine
- Sonstige: _____
- d) Gibt es eine gesicherte Querungsstelle?
- Zebrastreifen (FGÜ) Mittelinsel
- Ampel (LSA) keine
- e) Welche Fahrzeuggeschwindigkeit ist zulässig?
- Schritttempo Tempo 20
- Tempo 30 Tempo 50

2. Themenspezifische Betrachtung

Zutreffendes bitte einkreisen (ja oder nein) bzw. ankreuzen.

a) Gibt es ...?		b) Gibt es ...?		c) Gibt es ...?	
Spielplätze 	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rückzugsorte 	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verkehrsberuhigte Bereiche 	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) Gibt es ...?		e) Gibt es an Querungsstellen ...?		FAZIT Wie beurteilen Sie die Situation insgesamt? <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schlecht 	
Warnhinweisschilder 	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	freigehaltene Sichtbereiche 	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

✓ CHECK-Liste **3** Aufenthaltsqualität

Name Teilnehmer*in: _____

Stadt: _____

Betrachteter Ort (Straße oder Platz): _____

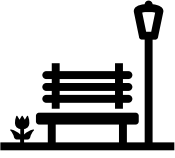





1. Allgemeine Betrachtung

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| a) Wie beurteilen Sie den Zustand des Gehwegs? | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> gut |
| b) Wie empfinden Sie die Breite des Gehbereichs? | <input type="checkbox"/> zu schmal | <input type="checkbox"/> breit genug |
| c) Welche Hindernisse gibt es auf dem Gehweg? | <input type="checkbox"/> abgestellte Fahrzeuge | <input type="checkbox"/> Schilder |
| | <input type="checkbox"/> Tische und Stühle | <input type="checkbox"/> Müll(tonnen) |
| | <input type="checkbox"/> Strom-/Schaltkästen | <input type="checkbox"/> keine |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |
| d) Gibt es eine gesicherte Querungsstelle? | <input type="checkbox"/> Zebrastreifen (FGÜ) | <input type="checkbox"/> Mittelinsel |
| | <input type="checkbox"/> Ampel (LSA) | <input type="checkbox"/> keine |
| e) Welche Fahrzeuggeschwindigkeit ist zulässig? | <input type="checkbox"/> Schritttempo | <input type="checkbox"/> Tempo 20 |
| | <input type="checkbox"/> Tempo 30 | <input type="checkbox"/> Tempo 50 |

2. Themenspezifische Betrachtung

Zutreffendes bitte einkreisen (ja oder nein) bzw. ankreuzen.

a) Gibt es ausreichend ...?		b) Gibt es ...?		c) Gibt es ...?	
bequeme Sitzmöglichkeiten 	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	saubere, gepflegte Grünanlagen 	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	schöne/interessante Architektur/Kunst 	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) Gibt es ...?		e) Gibt es ...?		FAZIT Wie beurteilen Sie die Situation insgesamt? <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schlecht 	
Schutz vor Witterung (Sonne, Wind, Regen) 	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	öffentliche Toiletten 	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

