

Familienname: _____	AM-Nr: _____

Vorname(n): _____	
Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Alter <input type="text"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>

Art der Katastrophe: _____
Ort der Katastrophe: _____
Datum der Katastrophe: <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

ADMINISTRATIVE DATEN			a	b	c				
100	Zuständige Dienststelle Straße / Nr. PLZ / Stadt Bundesland / Land Tel. / Email	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;"><i>INTERPOL NZB:</i></td> <td style="width:40%;"></td> </tr> <tr> <td><i>Aktenzeichen:</i></td> <td></td> </tr> </table>	<i>INTERPOL NZB:</i>		<i>Aktenzeichen:</i>				
<i>INTERPOL NZB:</i>									
<i>Aktenzeichen:</i>									
105	Infos erhalten von Name Straße / Nr. PLZ / Stadt Bundesland / Land Tel. / Email Art der Beziehung	<i>Datum:</i> -----							
110	ID-Nachricht an Name Straße / Nr. PLZ / Stadt Bundesland / Land Tel. / Email Art der Beziehung	1 <input type="checkbox"/> siehe 105							
115	Partner Falls nicht Single siehe 230	<i>Single-Falls nicht Vorname / Zweiter Vorname / Familienname des Partne</i> 1 <input type="checkbox"/> _____							
120	ED-Behandlung 01 Grund	1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> Ja <i>Wo:</i> _____ <i>Erläutern:</i> _____ <i>Datum:</i> _____							
125	Fingerabdrücke anderweitig zu sichern (Wohnung/ Arbeitsplatz etc.) 01 Anschrift Siehe auch 480	1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> Ja Berechtigte auf der Seite 700'er auflisten							
FORMULARCHECKLISTE		<i>Vollständig</i>	<i>Nicht verfügbar</i>	<i>Bemerkungen</i>					
Administrative Daten (Felder 1xx)									
Personenbez. Daten (Felder 2xx)									
Effekten (Felder 3xx)									
Körperliche Merkmale (Felder 4xx)									
Rechtsmedizin. Daten (Felder 5xx)									
Zahnmedizin. Daten (Felder 6xx)									
Zusatzinformationen (Felder 7xx)									
Anhang (Felder 8xx) (optional)									

Familienname: _____	AM-Nr.: _____

Vorname(n): _____	
Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Alter <input type="text"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

PERSONENBEZOGENE DATEN		a	b	c
200	Geburtsname	Mädchenname der Mutter: _____		
205	Spitznamen			
210	Aliaspersonalien	01 Aliaspersonalie Name Vorname: _____ Familienname: _____ Geburtsdatum <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr Geburtsort Ort: _____ Land: _____ 02 Aliaspersonalie Name Vorname: _____ Familienname: _____ Geburtsdatum <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr Geburtsort Ort: _____ Land: _____		
215	Staatsang.	Land: _____	Mehrfachstaatsangehörigkeit: _____	
220	Geburtsort	Ort: _____	Land: _____	
225	Nationale ID-Nummer	Nummer _____ Ausstellender Staat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ISO 3166-1 alpha-3 Code (z.B. DEU für Deutschland)		
230	Familienstand	Verlobt (seit) 1 <input type="checkbox"/> _____ Lebensgem. 2 <input type="checkbox"/> _____ Verheiratet (seit) 3 <input type="checkbox"/> _____ Geschieden 4 <input type="checkbox"/> _____ Verwitwet 5 <input type="checkbox"/> _____ Falls Single siehe 115		
235	Beruf			
240	Aktuelle Anschrift	Straße / Nr. _____ PLZ / Stadt _____ Bundesland / Land _____ Tel. / Email _____ Mobiltelefon _____		
245	Konfession	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja (erläutern): 2 <input type="checkbox"/> _____	

Erfasst von Dienstgrad : _____ Name : _____ Anschrift : _____ Tel. / Email : _____	Unterschrift / Datum _____
---	-------------------------------

Familienname: _____	AM-Nr.: _____
Vorname(n): _____	
Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Alter <input type="text"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>

a = Info nicht verfügbar b = Anlage c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

EFFEKTEN (an der Person oder im Gepäck)						a	b	c					
310 Uhr	Nr. 1	<i>Modell</i>	2	<i>Marke</i>	3	<i>Farbe</i>	4	<i>Material</i>	5	<i>Gravur</i>			
	01 Digitale Armbanduhr												
	02 Analoge Armbanduhr												
	03 Digitale/Analoge Armbanduhr												
	04 Armbanduhr wo getragen	<i>Links</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Rechts</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Außen</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Innen</i> 4 <input type="checkbox"/>								
	05 Uhrenarmband	<i>Leder</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Metall</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Kunststoff</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Sonstiges (erläutern):</i> 4 <input type="checkbox"/>								
06 Wenn keine Armbanduhr	<i>Wo getragen:</i> _____												
315 Brille	Nr. 1	<i>Modell</i>	2	<i>Marke</i>	3	<i>Farbe</i>	4	<i>Material</i>	5	<i>Gravur</i>			
	01 Fassung												
	02 Gläser (Tönung)	<i>Selbsttönend</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Getönt</i> 2 <input type="checkbox"/> Nein	<i>3 <input type="checkbox"/> Ja (erläutern):</i> _____									
	03 Gläser (Form)	<i>Rund</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Oval</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Eckig</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Halb</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Randlos</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Mit Rand</i> 6 <input type="checkbox"/>						
04 Gläser (Material/Art)	<i>Glas</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Polycarbonat</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Bifokal</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Gleitsichtbrille</i> 4 <input type="checkbox"/>									
320 Kontaktlinsen	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Ja (wenn farbig erläutern):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____											
325 Hörgerät	01 Links	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Ja (erläutern):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____				<i>Individualnr.:</i> _____						
	02 Rechts	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Ja (erläutern):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____				<i>Individualnr.:</i> _____						
330 Externe Prothese	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Ja (erläutern):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____											
335 Schmuck	Nr. 1	<i>Modell</i>	2	<i>Farbe</i>	3	<i>Material</i>	4	<i>Gravur</i>	5	<i>Wo getragen</i>			
	01 Fußkettchen												
	02 Armband/-reif												
	03 Ohrclips												
	04 Ohringe												
	05 Halskette												
	06 Halsband												
	07 Nasenring												
	08 Kettenanhänger												
	09 Ehering												
	10 Sonstige Ringe												
99 Sonstiges													
Bei Verwendung des Katalogwertes "99 Sonstiges" die Art des Gegenstandes in Spalte "1 Typ/Form" erläutern													

Nur diese Farben benutzen: Blau, Braun, Gelb, Grau, Grün, Lila, Orange, Rosa, Rot, Schwarz, Weiß, Unbekannt.

Erfasst von	Dienstgrad : _____	<i>Unterschrift / Datum</i>
	Name : _____	
	Anschrift : _____	
	Tel. / Email : _____	

Familienname: _____ **AM-Nr:** _____ r

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: Tag Monat Jahr Alter Männlich Weiblich Unbekannt

a = Info nicht verfügbar b = Anlage c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

EFFEKTEN (an der Person oder im Gepäck)								a	b	c
340 Personaldokumente/ Ausweispapiere 01 Bankkarte 02 Führerschein 03 BPA/ID-Karte 04 Reisepass 99 Sonstiges Bei Verwendung des Katalogwertes "99 Sonstiges" die Art des Gegenstandes in Spalte "3 Details"	Nr.	1 Staatsang.	2 Nummer	3 Details	4 Biom. Daten	5 Chip				
345 Effekten 01 Schlüssel(-band) 02 Bauchtasche 03 Bargeld 04 Terminplaner 05 Portemonnaie 06 Ticket 07 Briefftasche 99 Sonstiges Bei Verwendung des Katalogwertes "99 Sonstiges" die Art des Gegenstandes in Spalte "2 Marke"	Nr.	1 Modell	2 Marke	3 Farbe	4 Material	5 Individualnr	6 Markierung			
350 Elektronisches Gerät 01 Fotoapparat 02 Mobiltelefon 03 Musik-Player 04 SIM-Karte 05 Tablet/Pad 06 Videokamera 99 Sonstiges Bei Verwendung des Katalogwertes "99 Sonstiges" die Art des Gegenstandes in Spalte "2 Marke"	Nr.	1 Modell	2 Marke	3 Farbe	4 Material	5 Individualnr	6 Markierung			

Nur diese Farben benutzen: Blau, Braun, Gelb, Grau, Grün, Lila, Orange, Rosa, Rot, Schwarz, Weiß, Unbekannt.

Erfasst von	Dienstgrad : Name : Anschrift : Tel. / Email :	Unterschrift / Datum
--------------------	---	-----------------------------

Familienname: _____	AM-Nr.: _____ r
Vorname(n): _____	
Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Alter <input type="text"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

KÖRPERLICHE MERKMALE (äußerlich)						a	b	c		
404 Besondere Merkmale	Kopf und Nacken	Nr. 1	Narben	2	Piercings	3	Tätowierungen			
	01 Kopf									
	02 Nacken									
	Rumpf									
	03 Vorderseite									
	04 Rückseite									
	05 Genitalien									
	06 Gesäß									
	Obere Extremitäten									
	07 Rechter Oberarm									
	08 Linker Oberarm									
	09 Rechter Unterarm									
	10 Linker Unterarm									
	11 Rechte Hand									
	12 Linke Hand									
	Untere Extremitäten									
	13 Rechter Oberschenkel									
	14 Linker Oberschenkel									
	15 Rechtes Knie									
	16 Linkes Knie									
17 Rechter Unterschenkel										
18 Linker Unterschenkel										
19 Rechter Fuß										
20 Linker Fuß										
		Nr. 4	Hautveränderungen	5	Missbildungen	6	Amputationen			
408 Größe	Min. _____ cm / Max. _____ cm	Min. _____ ft _____ in / Max. _____ ft _____ in								
412 Gewicht	Min. _____ kg / Max. _____ kg	Min. _____ lb / Max. _____ lb								
416 Körperbau	Zierlich 1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Kräftig 3 <input type="checkbox"/>									
420 Kopfhaar	01 Typ	Natürlich 1 <input type="checkbox"/> Haarverlängerung 2 <input type="checkbox"/> Toupet 3 <input type="checkbox"/> Perücke 4 <input type="checkbox"/> Haarimplantat 5 <input type="checkbox"/>								
	02 Länge	Kurz <6 cm / 2.4 in 1 <input type="checkbox"/> Mittel <12 cm / 4.7 in 2 <input type="checkbox"/> Lang >12 cm / 4.7 in 3 <input type="checkbox"/>								
	03 Gefärbt	Rasiert 4 <input type="checkbox"/> Nein/unbek. 1 <input type="checkbox"/> Strähnchen 2 <input type="checkbox"/> Blond 3 <input type="checkbox"/> Braun 4 <input type="checkbox"/> Schwarz 5 <input type="checkbox"/> Rot 6 <input type="checkbox"/> Grau 7 <input type="checkbox"/> Weiß 8 <input type="checkbox"/> Graumeliert 9 <input type="checkbox"/> Sonstiges (erläutern): 10 <input type="checkbox"/> _____								
	04 Natürliche Haarfarbe	Blond 1 <input type="checkbox"/> Braun 2 <input type="checkbox"/> Schwarz 3 <input type="checkbox"/> Rot 4 <input type="checkbox"/> Grau 5 <input type="checkbox"/> Weiß 6 <input type="checkbox"/> Graumeliert 7 <input type="checkbox"/> Sonstiges (erläutern): 8 <input type="checkbox"/> _____								
	05 Glatze	Beginnende 1 <input type="checkbox"/> Voll 2 <input type="checkbox"/> Stirn 3 <input type="checkbox"/> Schläfen 4 <input type="checkbox"/> Tonsur 5 <input type="checkbox"/>								
	06 Besondere Merkmale	Erläutern (und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken): _____								

Erfasst von	Dienstgrad : _____	Unterschrift / Datum
	Name : _____	
	Anschrift : _____	
	Tel. / Email : _____	

Familienname: _____	AM-Nr: _____ r

Vorname(n): _____	
Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Alter <input type="text"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

KÖRPERLICHE MERKMALE (äußerlich & Fingerabdrücke)			a	b	c																		
424	Augenbrauen 01 Besondere Merkmale	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																					
428	Augen 01 Farbe (Links u. Rechts) 02 Besondere Merkmale	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><i>Blau</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> <td style="width: 25%;"><i>Grau</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> <td style="width: 25%;"><i>Grün</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> <td style="width: 25%;"><i>Braun</i> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> </tr> <tr> <td><i>Schwarz</i> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> <td><i>Braun/Grün</i> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> <td><i>Braun/Orange</i> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> <td><i>Rot</i> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small></td> </tr> </table> <i>Schieft innen</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small> <i>Schieft außen</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small> <i>Künstl. Auge</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small> <i>Sonstiges (erläutern):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____	<i>Blau</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Grau</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Grün</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Braun</i> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Schwarz</i> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Braun/Grün</i> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Braun/Orange</i> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Rot</i> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>													
<i>Blau</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Grau</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Grün</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Braun</i> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>																				
<i>Schwarz</i> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Braun/Grün</i> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Braun/Orange</i> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>	<i>Rot</i> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>L R</small>																				
432	Nase 01 Besondere Merkmale	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																					
436	Bart 01 Typ 02 Farbe	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 14.28%;"><i>Rasiert</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 14.28%;"><i>Oberlippenb.</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 14.28%;"><i>Kinnbart</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 14.28%;"><i>Backenbart</i> 4 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 14.28%;"><i>Vollbart</i> 5 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 14.28%;"><i>Sonstiges (700'er)</i> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Blond</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Braun</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Schwarz</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Rot</i> 4 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><i>Grau</i> 5 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Weiß</i> 6 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Graumeliert</i> 7 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Sonstiges (erläutern):</i> 8 <input type="checkbox"/> _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	<i>Rasiert</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Oberlippenb.</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Kinnbart</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Backenbart</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Vollbart</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Sonstiges (700'er)</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Blond</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Braun</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Schwarz</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Rot</i> 4 <input type="checkbox"/>			<i>Grau</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Weiß</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Graumeliert</i> 7 <input type="checkbox"/>	<i>Sonstiges (erläutern):</i> 8 <input type="checkbox"/> _____					
<i>Rasiert</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Oberlippenb.</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Kinnbart</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Backenbart</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Vollbart</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Sonstiges (700'er)</i> 6 <input type="checkbox"/>																		
<i>Blond</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Braun</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Schwarz</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Rot</i> 4 <input type="checkbox"/>																				
<i>Grau</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Weiß</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Graumeliert</i> 7 <input type="checkbox"/>	<i>Sonstiges (erläutern):</i> 8 <input type="checkbox"/> _____																				
440	Ohren 01 Ohr läppchen 02 Besondere Merkmale	<i>Angewachsen</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Links</i> 4 <input type="checkbox"/> <i>Rechts</i> <i>Durchstochen - Anzahl der Löcher</i> <i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																					
444	Mund/Zähne 01 Besondere Merkmale	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																					
448	Lippen 01 Besondere Merkmale	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																					
452	Kinn 01 Besondere Merkmale	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																					
456	Hals 01 Besondere Merkmale	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																					
460	Hände/Nägel 01 Besondere Merkmale	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																					
464	Füße/Nägel 01 Besondere Merkmale	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																					
468	Körper-/Schambehaar. 01 Besondere Merkmale	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																					
472	Beschneidung	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> 2 <input type="checkbox"/>																					
476	Phänotypus	<i>Europäisch</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Weiß</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Afrikanisch</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Schwarz</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Asiatisch</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Sonstiges (erläutern):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____ <i>Gemischt (erläutern):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____																					
480	Daktyloskopie 01 Gesicherte Spuren 02 Format 03 Sichtbar gemacht mittels	<i>Nr.</i> _____ <i>Abzüge</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Digitales Foto</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>35mm Foto</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Sonstiges (erläutern):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____ <i>Pulver</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Chemikalien</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Sonstiges (erläutern):</i> 3 <input type="checkbox"/> _____																					

Erfasst von	Dienstgrad : _____	<i>Unterschrift / Datum</i>
	Name : _____	
	Anschrift : _____	
	Tel. / Email : _____	

Familienname: _____	AM-Nr.: _____

Vorname(n): _____	
Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Tag</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Monat</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Jahr</i>	Alter <input type="text"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

RECHTSMEDIZINISCHE DATEN			a	b	c
500	Hausarzt Name Straße / Nr. PLZ / Stadt Bundesland / Land Tel. / Email				
505	Medizinische Unterlagen 01 Diagnosen 02 Befunde 03 Frakturen 04 Krankenhausaufenthalte 05 Operationsnarben 06 Fehlende Organe 07 Verordnungen 08 Überw. an Facharzt 09 Symptome 10 Behandlungen 11 Sonstige Narben 12 Sonstiges Abhängig von 20 Alkohol 21 Medikamenten 22 Drogen 23 Tabak Infektionskrankheiten 30 AIDS/HIV 31 Hepatitis 32 Tuberkulose 33 Sonstige Bei Frauen 40 Geburt(en) 41 Empf.-verhüt. Mittel in der Gebärmutter 42 Schwangerschaft 43 Uterusentfernung	Nr. 1 <i>Erläutern</i>			
515	Implantate 01 Brustimplantat 02 Herzschrittmacher 03 Insulinpumpe 04 Sonstige chirurgische Implantate	Nr. 1 <i>Erläutern</i> 2 <i>Individualnr.</i>			
520	Prothesen	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja (erläutern):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____			
525	Sonstige künstliche Hilfsmittel	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja (erläutern):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____			
530	Entnommene Organe	<i>Nein</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja (erläutern):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____			

Erfasst von	Dienstgrad : _____	<i>Unterschrift / Datum</i>
	Name : _____	
	Anschrift : _____	
	Tel. / Email : _____	

Familienname: _____	AM-Nr.: _____

Vorname(n): _____	
Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Alter <input type="text"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>

a = Info nicht verfügbar

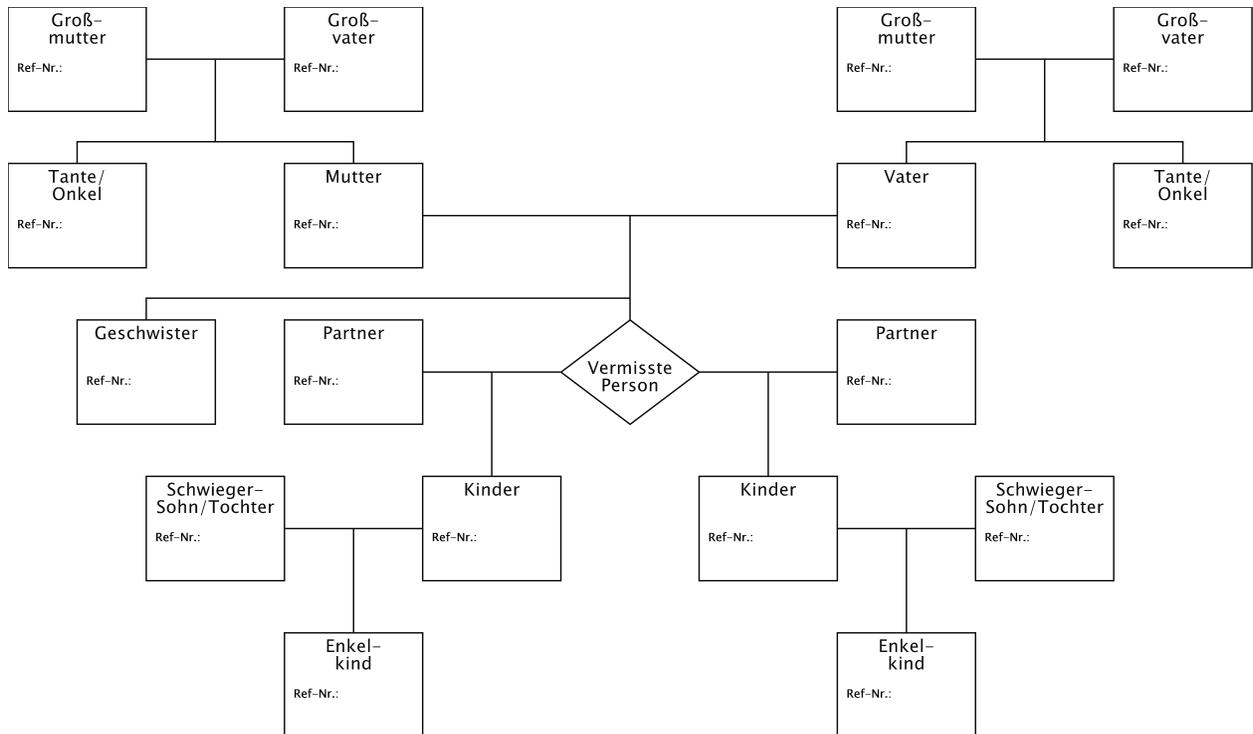
b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

RECHTSMEDIZINISCHE DATEN (DNA)				a	b	c
555	Vergleichsmaterial Vermisste Person (Direktes Profil)	Art der Probe: _____ Datum der Probe: _____	DNA-Profil <input type="checkbox"/> 1 Biobank <input type="checkbox"/> 2 Persönl. Gegenstand (erläutern): _____ Labor-Referenz: _____			

STAMMBAUM BIOLOGISCHER VERWANDTSCHAFTSGRADE

Ref.-Nr. zu einer Person im Stammbaum hinzufügen. Details, die sich nicht aus dem Stammbaum ergeben, auf der Seite 700'er vermerken.



560	Referenzmaterial Nr. _____ Art der Beziehung _____ <small>(Referenznummer aus Stammbaum eintragen)</small>	Name: _____ Nationale ID-Nummer: _____ Labor-Referenz: _____ Art der Probe: _____ Datum der Probe: _____			
	Referenzmaterial Nr. _____ Art der Beziehung _____ <small>(Referenznummer aus Stammbaum eintragen)</small>	Name: _____ Nationale ID-Nummer: _____ Labor-Referenz: _____ Art der Probe: _____ Datum der Probe: _____			
	Referenzmaterial Nr. _____ Art der Beziehung _____ <small>(Referenznummer aus Stammbaum eintragen)</small>	Name: _____ Nationale ID-Nummer: _____ Labor-Referenz: _____ Art der Probe: _____ Datum der Probe: _____			

Erfasst von	Dienstgrad : _____ Name : _____ Anschrift : _____ Tel. / Email : _____	Unterschrift / Datum
--------------------	---	-----------------------------

Familienname: _____	AM-Nr: _____

Vorname(n): _____	
Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Alter <input type="text"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

ZAHNMEDIZINISCHE DATEN						a	b	c																							
600	Zahnarzt/Praxis Name Straße / Nr. PLZ / Stadt Bundesland / Land Tel. / Email 01 Behandlungszeitraum 02 Beigefügt	Akten Von: Bis: 1 <input type="checkbox"/> _____ Röntgenbilder (Guss-)Modell Fotos Sonstiges (erläutern): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> _____																													
605	Zahnarzt/Praxis Name Straße / Nr. PLZ / Stadt Bundesland / Land Tel. / Email 01 Behandlungszeitraum 02 Beigefügt	Akten Von: Bis: 1 <input type="checkbox"/> _____ Röntgenbilder (Guss-)Modell Fotos Sonstiges (erläutern): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> _____																													
615	Vorhandene Zahnaufnahmen 01 Periapikal 02 Bissflügel 03 OPG 04 CT 05 Sonstige Röntgenaufnahmen 06 Fotos	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">1 Digital</th> <th style="width: 30%;">2 Anzahl</th> <th style="width: 10%;">3 Analog</th> <th style="width: 30%;">4 Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	1 Digital	2 Anzahl	3 Analog	4 Anzahl	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
1 Digital	2 Anzahl	3 Analog	4 Anzahl																												
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																													
620	Weitere Unterlagen																														

Erfasst von Dienstgrad : _____ Name : _____ Anschrift : _____ Tel. / Email : _____	Unterschrift / Datum _____
--	-------------------------------

Familienname: _____	AM-Nr: _____

Vorname(n): _____	
Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Alter <input type="text"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

ZAHNMEDIZINISCHE DATEN																																																		
630	Zahnbefunde (für Milchzähne FDI-Schema anpassen)																																																	
11			21																																															
12			22																																															
13			23																																															
14			24																																															
15			25																																															
16			26																																															
17			27																																															
18			28																																															
RECHTS	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="border:none;">18</td><td style="border:none;">17</td><td style="border:none;">16</td><td style="border:none;">15</td><td style="border:none;">14</td><td style="border:none;">13</td><td style="border:none;">12</td><td style="border:none;">11</td> <td style="border:none;">21</td><td style="border:none;">22</td><td style="border:none;">23</td><td style="border:none;">24</td><td style="border:none;">25</td><td style="border:none;">26</td><td style="border:none;">27</td><td style="border:none;">28</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td> <td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td><td style="border:none;"></td> </tr> <tr> <td style="border:none;">48</td><td style="border:none;">47</td><td style="border:none;">46</td><td style="border:none;">45</td><td style="border:none;">44</td><td style="border:none;">43</td><td style="border:none;">42</td><td style="border:none;">41</td> <td style="border:none;">31</td><td style="border:none;">32</td><td style="border:none;">33</td><td style="border:none;">34</td><td style="border:none;">35</td><td style="border:none;">36</td><td style="border:none;">37</td><td style="border:none;">38</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	LINKS
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																			
48			38																																															
47			37																																															
46			36																																															
45			35																																															
44			34																																															
43			33																																															
42			32																																															
41			31																																															
635	Spezifische Angaben	<input type="checkbox"/> Kronen <input type="checkbox"/> Brücken <input type="checkbox"/> Implantate <input type="checkbox"/> Prothesen <input type="checkbox"/> Sonstiges	a b c																																															
640	Sonstige Befunde	<input type="checkbox"/> Okklusion <input type="checkbox"/> Zahnabnutzung <input type="checkbox"/> Parodontose <input type="checkbox"/> Hyperdontie <input type="checkbox"/> Verfärbungen <input type="checkbox"/> Sonstiges	a b c																																															
645	Gebissstatus	<input type="checkbox"/> Milchgebiss <input type="checkbox"/> Mischgebiss <input type="checkbox"/> Bleibendes Gebiss	a b c																																															
650	Kontrolliert durch	Datum: _____ Unterschrift: _____ Zahnarzt 1 Name Zahnarzt 1: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____ Zahnarzt 2 (Falls notwendig) Name Zahnarzt 2: _____	a b c																																															

Erfasst von	Dienstgrad : _____	
	Name : _____	
	Anschrift : _____	
	Tel. / Email : _____	
		<i>Unterschrift / Datum</i>

Familienname: _____	AM-Nr.: _____

Vorname(n): _____	
Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Alter <input type="text"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

805 ANHANG DNA				a	b	c
810	Typisierendes Labor	Name: _____ Email: _____ Adresse: _____ Stadt: _____ Datum der Probe: _____				
815	Laborstandards	Akkreditiert gemäß: _____ Nicht akkreditiert 1 <input type="checkbox"/>				
820	STR Kit(s)	Name des/der benutzten Kits: _____				
825	DNA-Profil(e)	Vermisste Person	Referenzmaterial - Ref.-Nr.: _____			
		VWA				
		TH01				
		D21S11				
		FGA				
		D8S1179				
		D3S1358				
		D18S51				
		Amelogenin				
		TPOX				
		CSF1PO				
		D13S317				
		D7S820				
		D5S818				
		D16S539				
		D2S1338				
		D19S433				
		Penta D				
		Penta E				
		D1S1656				
D2S441						
D10S1248						
D22S1045						
D12S391						
SE33						
D6S1043						
Weitere Informationen zu den Merkmalsystemen mittels Spalte "c" auf der Seite 700'er vermerken.						
830		Zusätzliche Seite DNA-Profil (805-825) 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> Ja				

Erfasst von Dienstgrad : _____ Name : _____ Anschrift : _____ Tel. / Email : _____	Unterschrift / Datum _____
---	-------------------------------

Familienname:

AM-Nr:

r

Vorname(n):

Geburtsdatum:

Tag

Monat

Jahr

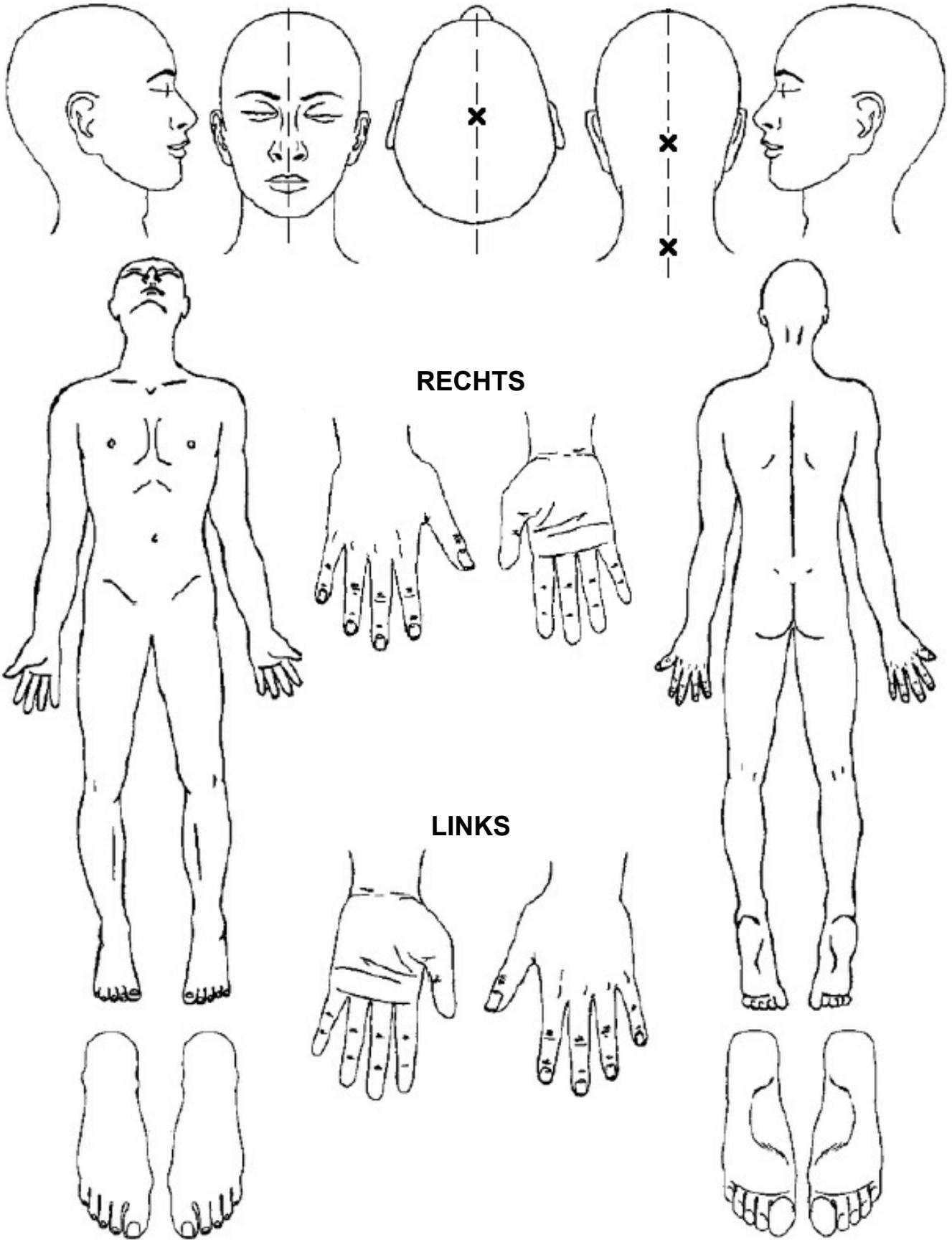
Alter

Männlich

Weiblich

Unbekannt

835 ANHANG KÖRPERSHEMA (zur optionalen Verwendung)



Familienname: _____	AM-Nr.: _____

Vorname(n): _____	

Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	Alter <input type="text"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

900 ANHANG VERMISSTENSTELLE Vermisste Person		a	b	c															
905	Zur Person 01 Container 02 Vermisst seit Zuletzt lebend gesehen																		
911	Heimtadresse Straße / Nr. PLZ / Stadt Bundesland / Land 01 Letzter Aufenthaltsort 02 GPS-Position 03 Umkreis von GPS-Position	Längengrad: _____ / Breitengrad: _____ _____ km																	
912	Möglicher Aufenthaltsort 01 Staat 02 Örtlichkeit 03 Beschreibung 04 Zust. Polizeidienstst. 05 GPS-Position 06 Umkreis von GPS-Position	Herkunftsland 2 Ausland (erläutern): _____ 3 Zone (erläutern): _____ 1 <input type="checkbox"/> _____ An Land Seevermisst Bergvermisst Luftvermisst 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Längengrad: _____ / Breitengrad: _____ _____ km																	
914	Umstände des Verschwindes 01 Alle betreffend 02 Kinder betreffend	Suizid Unglücksfall Ertrinken Straftat Streuner Hilflos 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> crime 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Entziehung Unbegleitetes Flüchtlingskind 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Erläutern: _____																	
920	Begleitpersonen 01 Anzahl der Begleitpersonen 02 Verweis zu Mitvermissten 03 Weitere Informationen	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">1 Vorgangs-Nr.</td> <td style="width:20%;">2 Vorname</td> <td style="width:20%;">3 Familienname</td> <td style="width:20%;">4 Geschlecht</td> <td style="width:20%;">5 Sonstiges</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			1 Vorgangs-Nr.	2 Vorname	3 Familienname	4 Geschlecht	5 Sonstiges										
1 Vorgangs-Nr.	2 Vorname	3 Familienname	4 Geschlecht	5 Sonstiges															
923	Sachverhalt (kurz) / Umstände des Verschwindes																		
925	Fahndungsmaßnahmen 01 Öffentlichkeitsfahndung 02 Fahndungsmaßnahmen	Nein Ja (genehmigende zuständige Behörde): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">1 Medium</td> <td style="width:20%;">2 Name</td> <td style="width:20%;">3 Beginn</td> <td style="width:20%;">4 Ende</td> <td style="width:20%;">5 Beschreibung</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			1 Medium	2 Name	3 Beginn	4 Ende	5 Beschreibung										
1 Medium	2 Name	3 Beginn	4 Ende	5 Beschreibung															