

Ort der Katastrophe: _____ PM-Nr.: _____

Art der Katastrophe: _____

Datum der Katastrophe: Tag Monat Jahr

Männlich Weiblich Unbekannt

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

ADMINISTRATIVE DATEN (Checkliste der PM-Befundmaßnahmen)				Datum	a	b	c
150	Leichenteil	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja (erläutern): 2 <input type="checkbox"/> _____				
155	Fotos gefertigt	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja von: 2 <input type="checkbox"/> _____				
160	Effekten	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja von: 2 <input type="checkbox"/> _____				
165	Daktyloskopie	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Nicht mögl. 2 <input type="checkbox"/>	Ja von: 3 <input type="checkbox"/> _____			
	01 Finger	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Nicht mögl. 2 <input type="checkbox"/>	Ja von: 3 <input type="checkbox"/> _____			
	02 Handfläche(n)	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Nicht mögl. 2 <input type="checkbox"/>	Ja von: 3 <input type="checkbox"/> _____			
170	Rechtsmedizin	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja 2 <input type="checkbox"/>	Fotos, CT etc. (erläutern): 3 <input type="checkbox"/> _____			
	01 Äußere Leichenschau	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja 2 <input type="checkbox"/>	Fotos, CT etc. (erläutern): 3 <input type="checkbox"/> _____			
	02 Äußere u. Innere Leichenschau	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja 2 <input type="checkbox"/>	Fotos, CT etc. (erläutern): 3 <input type="checkbox"/> _____			
170	03 Vollst. Sektion	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja (Siehe Sektionsprotokoll) 2 <input type="checkbox"/>				
	04 Name des Rechtsmediziners						
	Straße / Nr. PLZ / Stadt Bundesland / Land Tel. / Email						
175	Zahnmedizin	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja 2 <input type="checkbox"/>	Bilder (In Feld 615 erläutern) 3 <input type="checkbox"/>			
180	01 Befunderhebung durchgeführt	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja 2 <input type="checkbox"/>	DNA-Profil(e) 3 <input type="checkbox"/>	Tox (falls erf.) 4 <input type="checkbox"/>		
	02 Zahnmediziner Verweis auf 545	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja 2 <input type="checkbox"/>	DNA-Profil(e) 3 <input type="checkbox"/>			
180	02 Zahnmediziner Verweis auf 610	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja 2 <input type="checkbox"/>	DNA-Profil(e) 3 <input type="checkbox"/>			

FORMULARCHECKLISTE	Vollständig	Nicht verfügbar	Bemerkungen
Administrative Daten (Felder 1xx)			
Effekten (Felder 3xx)			
Körperliche Merkmale (Felder 4xx)			
Rechtsmedizin. Daten (Felder 5xx)			
Zahnmedizin. Daten (Felder 6xx)			
Zusatzinformationen (Felder 7xx)			
Anhang (Felder 8xx) (optional)			

Ort der Katastrophe: _____ PM-Nr.: _____

Art der Katastrophe: _____

Datum der Katastrophe: Tag Monat Jahr

Männlich Weiblich Unbekannt

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

EFFEKTEN								a	b	c									
310	Uhr	Nr.	1	Modell	2	Marke	3	Farbe	4	Material	5	Gravur							
	01 Digitale Armbanduhr																		
	02 Analoge Armbanduhr																		
	03 Digitale/Analoge Armbanduhr																		
	04 Armbanduhr wo getragen	Links	1	<input type="checkbox"/>	Rechts	2	<input type="checkbox"/>	Außen	3	<input type="checkbox"/>	Innen	4	<input type="checkbox"/>						
	05 Uhrenarmband	Leder	1	<input type="checkbox"/>	Metall	2	<input type="checkbox"/>	Kunststoff	3	<input type="checkbox"/>	Sonstiges (erläutern):	4	<input type="checkbox"/>						
06 Wenn keine Armbanduhr	Wo getragen: _____																		
315	Brille	1	Modell	2	Marke	3	Farbe	4	Material	5	Gravur								
	01 Fassung																		
	02 Gläser (Tönung)	Selbsttönend	1	<input type="checkbox"/>	Getönt	2	<input type="checkbox"/>	Nein	3	<input type="checkbox"/>	Ja (erläutern):								
	03 Gläser (Form)	Rund	1	<input type="checkbox"/>	Oval	2	<input type="checkbox"/>	Eckig	3	<input type="checkbox"/>	Halb	4	<input type="checkbox"/>	Randlos	5	<input type="checkbox"/>	Mit Rand	6	<input type="checkbox"/>
	04 Gläser (Material/Art)	Glas	1	<input type="checkbox"/>	Polycarbonat	2	<input type="checkbox"/>	Bifokal	3	<input type="checkbox"/>	Gleitsichtbrille	4	<input type="checkbox"/>						
05 Wo aufgefunden	Erläutern: _____																		
320	Kontaktlinsen	Nein	1	<input type="checkbox"/>	Ja (wenn farbig erläutern):	2	<input type="checkbox"/>												
325	Hörgerät	Nein	1	<input type="checkbox"/>	Ja (erläutern):	2	<input type="checkbox"/>			Individualnr.:									
	01 Links																		
325	02 Rechts	Nein	1	<input type="checkbox"/>	Ja (erläutern):	2	<input type="checkbox"/>			Individualnr.:									
330	Externe Prothese	Nein	1	<input type="checkbox"/>	Ja (erläutern):	2	<input type="checkbox"/>			Individualnr.:									
335	Schmuck	Nr.	1	Modell	2	Farbe	3	Material	4	Gravur	5	Wo getragen							
	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 Modell" erläutern																			

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

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

Ort der Katastrophe: _____ PM-Nr.: _____

Art der Katastrophe: _____

Datum der Katastrophe: Tag Monat Jahr

Männlich Weiblich Unbekannt

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

EFFEKTEN								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" erläutern	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 Brieftasche 99 Sonstiges Bei Verwendung des Katalogwertes "99 Sonstiges" die Art des Gegenstandes in Spalte "2 Marke" erläutern	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" erläutern	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

Ort der Katastrophe: _____ PM-Nr.: _____

Art der Katastrophe: _____

Datum der Katastrophe: Tag Monat Jahr

Männlich Weiblich Unbekannt

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

KÖRPERLICHE MERKMALE (äußerlich)			a	b	c
402	Zustand der Leiche	Vollständig <input type="checkbox"/> 1 Unvollständig <input type="checkbox"/> 2			
404	Besondere Merkmale	Nr. 1 Narben <input type="checkbox"/> 2 Piercings <input type="checkbox"/> 3 Tätowierungen <input type="checkbox"/>			
	Kopf und Nacken				
	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				
	Nr. 4 Hautveränderungen <input type="checkbox"/> 5 Missbildungen <input type="checkbox"/> 6 Amputationen <input type="checkbox"/>				
	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				
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 <input type="checkbox"/> 1 Normal <input type="checkbox"/> 2 Kräftig <input type="checkbox"/> 3			
420	Kopfhaar	Natürlich <input type="checkbox"/> 1 Haarverlängerung <input type="checkbox"/> 2 Toupet <input type="checkbox"/> 3 Perücke <input type="checkbox"/> 4 Haarimplantat <input type="checkbox"/> 5			
	01 Typ	Kurz <6 cm / 2.4 in <input type="checkbox"/> 1 Mittel <12 cm / 4.7 in <input type="checkbox"/> 2 Lang >12 cm / 4.7 in <input type="checkbox"/> 3			
	02 Länge	Rasiert <input type="checkbox"/> 4			
	03 Gefärbt	Nein/unbek. <input type="checkbox"/> 1 Strähnchen <input type="checkbox"/> 2 Blond <input type="checkbox"/> 3 Braun <input type="checkbox"/> 4 Schwarz <input type="checkbox"/> 5 Rot <input type="checkbox"/> 6 Grau <input type="checkbox"/> 7 Weiß <input type="checkbox"/> 8 Graumeliert <input type="checkbox"/> 9 Sonstiges (erläutern): _____ <input type="checkbox"/> 10			
	04 Natürliche Haarfarbe	Blond <input type="checkbox"/> 1 Braun <input type="checkbox"/> 2 Schwarz <input type="checkbox"/> 3 Rot <input type="checkbox"/> 4 Grau <input type="checkbox"/> 5 Weiß <input type="checkbox"/> 6 Graumeliert <input type="checkbox"/> 7 Sonstiges (erläutern): _____ <input type="checkbox"/> 8			
	05 Glatze	Beginnende <input type="checkbox"/> 1 Voll <input type="checkbox"/> 2 Stirn <input type="checkbox"/> 3 Schläfen <input type="checkbox"/> 4 Tonsur <input type="checkbox"/> 5			
	06 Besondere Merkmale	Erläutern (und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken): _____			

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

Ort der Katastrophe: _____ PM-Nr.: _____

Art der Katastrophe: _____

Datum der Katastrophe: Tag Monat Jahr

Männlich Weiblich Unbekannt

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

KÖRPERLICHE MERKMALE (äußerlich)			a	b	c																		
424	Augenbrauen 01 Besondere Merkmale	Nein 1 <input type="checkbox"/> Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken): 2 <input type="checkbox"/>																					
428	Augen 01 Farbe (Links u. Rechts) 02 Besondere Merkmale	<table border="0"> <tr> <td>Blau 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R</td> <td>Grau 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R</td> <td>Grün 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R</td> <td>Braun 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R</td> </tr> <tr> <td>Schwarz 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R</td> <td>Braun/Grün 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R</td> <td>Braun/Orange 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R</td> <td>Rot 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R</td> </tr> </table> Schielt innen 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R Schielt außen 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R Künstl. Auge 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R Sonstiges (erläutern): 5 <input type="checkbox"/>	Blau 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R	Grau 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R	Grün 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R	Braun 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R	Schwarz 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R	Braun/Grün 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R	Braun/Orange 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R	Rot 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R													
Blau 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R	Grau 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R	Grün 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R	Braun 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R																				
Schwarz 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R	Braun/Grün 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R	Braun/Orange 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R	Rot 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L R																				
432	Nase 01 Besondere Merkmale	Nein 1 <input type="checkbox"/> Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken): 2 <input type="checkbox"/>																					
436	Bart 01 Typ 02 Farbe	<table border="0"> <tr> <td>Rasiert 1 <input type="checkbox"/></td> <td>Oberlippenb. 2 <input type="checkbox"/></td> <td>Kinnbart 3 <input type="checkbox"/></td> <td>Backenbart 4 <input type="checkbox"/></td> <td>Vollbart 5 <input type="checkbox"/></td> <td>Sonstiges 6 <input type="checkbox"/> (700'er)</td> </tr> <tr> <td>Blond 1 <input type="checkbox"/></td> <td>Braun 2 <input type="checkbox"/></td> <td>Schwarz 3 <input type="checkbox"/></td> <td>Rot 4 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Grau 5 <input type="checkbox"/></td> <td>Weiß 6 <input type="checkbox"/></td> <td>Graumeliert 7 <input type="checkbox"/></td> <td>Sonstiges (erläutern): 8 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Rasiert 1 <input type="checkbox"/>	Oberlippenb. 2 <input type="checkbox"/>	Kinnbart 3 <input type="checkbox"/>	Backenbart 4 <input type="checkbox"/>	Vollbart 5 <input type="checkbox"/>	Sonstiges 6 <input type="checkbox"/> (700'er)	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"/>					
Rasiert 1 <input type="checkbox"/>	Oberlippenb. 2 <input type="checkbox"/>	Kinnbart 3 <input type="checkbox"/>	Backenbart 4 <input type="checkbox"/>	Vollbart 5 <input type="checkbox"/>	Sonstiges 6 <input type="checkbox"/> (700'er)																		
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"/>																				
440	Ohren 01 Ohr läppchen 02 Besondere Merkmale	Angewachsen 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> Ja Durchstochen - Anzahl der Löcher 3 <input type="checkbox"/> Links 4 <input type="checkbox"/> Rechts Nein 1 <input type="checkbox"/> Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken): 2 <input type="checkbox"/>																					
444	Mund/Zähne 01 Besondere Merkmale	Nein 1 <input type="checkbox"/> Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken): 2 <input type="checkbox"/>																					
448	Lippen 01 Besondere Merkmale	Nein 1 <input type="checkbox"/> Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken): 2 <input type="checkbox"/>																					
452	Kinn 01 Besondere Merkmale	Nein 1 <input type="checkbox"/> Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken): 2 <input type="checkbox"/>																					
456	Hals 01 Besondere Merkmale	Nein 1 <input type="checkbox"/> Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken): 2 <input type="checkbox"/>																					
460	Hände/Nägel 01 Besondere Merkmale	Nein 1 <input type="checkbox"/> Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken): 2 <input type="checkbox"/>																					
464	Füße/Nägel 01 Besondere Merkmale	Nein 1 <input type="checkbox"/> Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken): 2 <input type="checkbox"/>																					
468	Körper-/Schambehaar. 01 Besondere Merkmale	Nein 1 <input type="checkbox"/> Ja (erläutern und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken): 2 <input type="checkbox"/>																					
472	Beschneidung	Nein 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/>																					
476	Phänotypus	Europäisch 1 <input type="checkbox"/> Weiß Afrikanisch 2 <input type="checkbox"/> Schwarz Asiatisch 3 <input type="checkbox"/> Sonstiges 4 <input type="checkbox"/> Gemischt (erläutern): 5 <input type="checkbox"/>																					

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

Ort der Katastrophe: _____ PM-Nr.: _____

Art der Katastrophe: _____

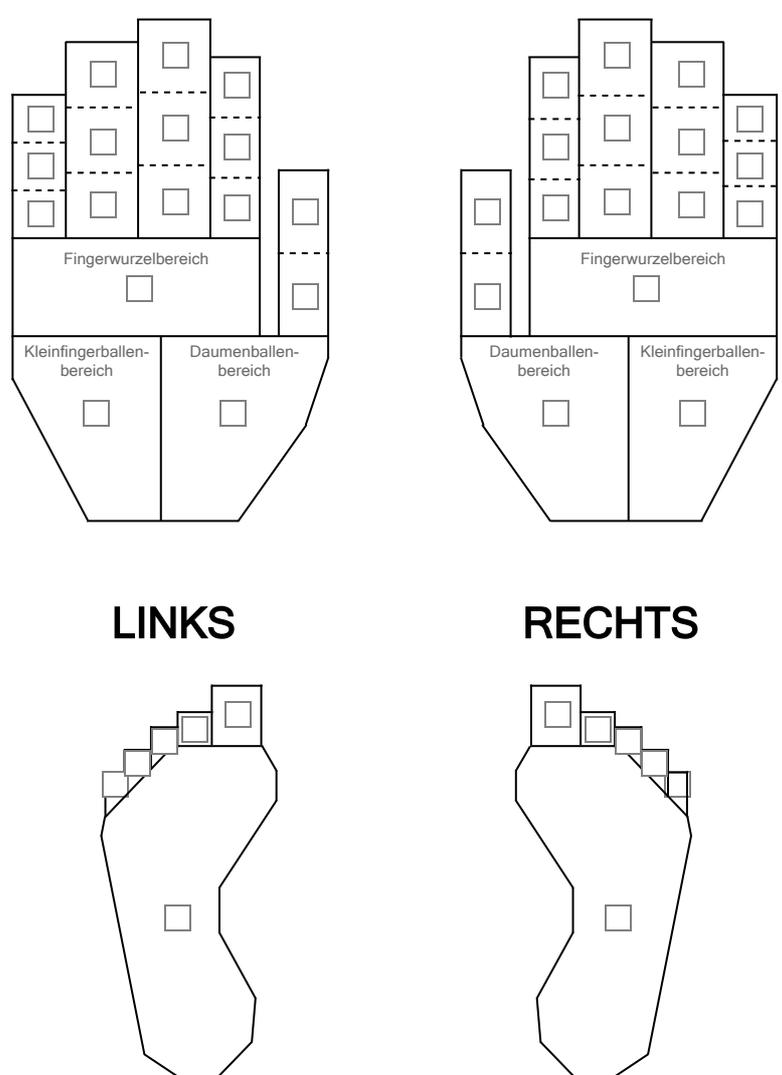
Datum der Katastrophe: Tag Monat Jahr

Männlich Weiblich Unbekannt

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

KÖRPERLICHE MERKMALE (daktyloskopische Informationen)		a	b	c
484	Aus welcher Hautschicht erlangt	<i>Epidermis</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Dermis</i> 2 <input type="checkbox"/>	
488	Abdrücke erlangt durch	<i>Gewaschen und abgenommen</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>"Fingerhandschuh"</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Sonstiges (erläutern):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____	<i>"Kochen" der Hände</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Abformung auf Silikonbasis</i> 4 <input type="checkbox"/>	
492	Abdrücke gesichert mittels	<i>Rußpulver & Klebeetikett</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Foto</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Druckerschwärze & Klebeetikett</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Sonstiges (erläutern):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____	
496	Abdrücke erlangt von	 <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">LINKS RECHTS</p> <p style="text-align: center;">BEREICHE, AUS DENEN ABDRÜCKE ERLANGT WURDEN, ANKREUZEN</p>		

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

Ort der Katastrophe: _____ PM-Nr.: _____

Art der Katastrophe: _____

Datum der Katastrophe: Tag Monat Jahr

Männlich Weiblich Unbekannt

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

RECHTSMEDIZINISCHE DATEN				a	b	c
510 Innere Leichenschau	Nr. 1	<i>Erläutern</i>				
	Kopf					
	01 Gehirn					
	02 Hals					
	03 Schädel					
	04 Sonstiges					
	Brust					
	10 Herz/Gefäße					
	11 Lunge					
	12 Brustkorb/-bein/Rippen					
	13 Sonstiges					
	Bauchhöhle					
	20 Wurmfortsatz					
	21 Eingeweide					
	22 Magen					
	23 Sonstiges					
	Sonstige innere Organe					
	30 Nebennieren/Bauchspeicheldrüse/Milz					
	31 Genitalien					
	32 Nieren/Harnleiter/Blase					
	33 Leber/Gallenblase					
Skelett/Weichteile						
40 Linkes Bein						
41 Linker Arm						
42 Becken						
43 Rechtes Bein						
44 Rechter Arm						
45 Sonstige Knochen						
46 Sonstige Weichteile						
47 Wirbelsäule						
Sonstiges						
50 Pathologisch nachweisbare Zustände (z.B. Herz-erkrankungen, Krebs etc.)						
51 Verheilte Frakturen						
52 Operationen						
Bei Frauen						
60 Geburt(en)						
61 Uterusentfernung						
62 Empf.-verhüt. Mittel in der Gebärmutter						
63 Schwangerschaft						
515 Implantate	Nr. 1	<i>Erläutern</i>	2	<i>Individualnr.</i>		
01 Brustimplantat						
02 Herzschrittmacher						
03 Insulinpumpe						
04 Sonstige chirurgische Implantate						

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

Ort der Katastrophe: _____	PM-Nr.: _____

Art der Katastrophe: _____	Männlich Weiblich Unbekannt
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

RECHTSMEDIZINISCHE DATEN			a	b	c	
520	Prothesen	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja (erläutern): 2 <input type="checkbox"/> _____			
525	Sonstige künstliche Hilfsmittel	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja (erläutern): 2 <input type="checkbox"/> _____			
535	Geschlecht	Männlich 1 <input type="checkbox"/>	Weiblich 2 <input type="checkbox"/>	Nicht feststellbar 3 <input type="checkbox"/>	Grund: _____	
540	Geschätztes Alter 01 Alter (Jahr oder Monat ausfüllen) 02 Methode	Min. _____ Jahr(e)	Max. _____ Jahr(e)	Min. _____ Monat(e)	Max. _____ Monat(e)	
		Erläutern: _____				
545	Entnommene DNA-Proben					
Probennummer _____						
Art		Knochen 1 <input type="checkbox"/>	Zähne 2 <input type="checkbox"/>	Muskel 3 <input type="checkbox"/>	Blut 4 <input type="checkbox"/>	Sonstiges (erläutern): 5 <input type="checkbox"/> _____
Zustand		Frisch 1 <input type="checkbox"/>	Geringe 2 <input type="checkbox"/> Verwes.	Mittlere 3 <input type="checkbox"/> Verwes.	Fortgeschr. 4 <input type="checkbox"/> Verwes.	Skelettiert 5 <input type="checkbox"/>
		Verbrannt 6 <input type="checkbox"/>				
Probennummer _____						
Art		Knochen 1 <input type="checkbox"/>	Zähne 2 <input type="checkbox"/>	Muskel 3 <input type="checkbox"/>	Blut 4 <input type="checkbox"/>	Sonstiges (erläutern): 5 <input type="checkbox"/> _____
Zustand		Frisch 1 <input type="checkbox"/>	Geringe 2 <input type="checkbox"/> Verwes.	Mittlere 3 <input type="checkbox"/> Verwes.	Fortgeschr. 4 <input type="checkbox"/> Verwes.	Skelettiert 5 <input type="checkbox"/>
		Verbrannt 6 <input type="checkbox"/>				
Probennummer _____						
Art		Knochen 1 <input type="checkbox"/>	Zähne 2 <input type="checkbox"/>	Muskel 3 <input type="checkbox"/>	Blut 4 <input type="checkbox"/>	Sonstiges (erläutern): 5 <input type="checkbox"/> _____
Zustand		Frisch 1 <input type="checkbox"/>	Geringe 2 <input type="checkbox"/> Verwes.	Mittlere 3 <input type="checkbox"/> Verwes.	Fortgeschr. 4 <input type="checkbox"/> Verwes.	Skelettiert 5 <input type="checkbox"/>
		Verbrannt 6 <input type="checkbox"/>				
Probennummer _____						
Art		Knochen 1 <input type="checkbox"/>	Zähne 2 <input type="checkbox"/>	Muskel 3 <input type="checkbox"/>	Blut 4 <input type="checkbox"/>	Sonstiges (erläutern): 5 <input type="checkbox"/> _____
Zustand		Frisch 1 <input type="checkbox"/>	Geringe 2 <input type="checkbox"/> Verwes.	Mittlere 3 <input type="checkbox"/> Verwes.	Fortgeschr. 4 <input type="checkbox"/> Verwes.	Skelettiert 5 <input type="checkbox"/>
		Verbrannt 6 <input type="checkbox"/>				
550	Weitere ID-Info					

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

Ort der Katastrophe: _____ PM-Nr.: _____

Art der Katastrophe: _____

Datum der Katastrophe: Tag Monat Jahr

Männlich Weiblich Unbekannt

a = Info nicht verfügbar

b = Anlage

c = Weiterführende Infos auf der Seite 700'er

ZAHNMEDIZINISCHE DATEN						a	b	c	
610	Vorhandenes PM-Material	<i>Eintragungen</i>		<i>Entnommene Proben</i>					
		01 Kiefer mit Zähnen	<input type="checkbox"/> Oberkiefer	<input type="checkbox"/> Unterkiefer					
		02 Kiefer ohne Zähne	<input type="checkbox"/> Oberkiefer	<input type="checkbox"/> Unterkiefer					
		03 Einzelzähne	FDI-Nummern:						
		04 Fragmente							
		05 Sonstiges							
615	Vorhandene Zahnaufnahmen	1 Digital	2 Anzahl	3 Analog	4 Anzahl				
		01 Periapikal	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
		02 Bissflügel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
		03 OPG	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
		04 CT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
		05 Sonstige Röntgenaufnahmen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
		06 Fotos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
625	Ergänzende Details	01 Zustand des Körpers							
		02 Sonstige Details							

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

Ort der Katastrophe: _____ **PM-Nr.:** _____

Art der Katastrophe: _____

Datum der Katastrophe: Tag Monat Jahr

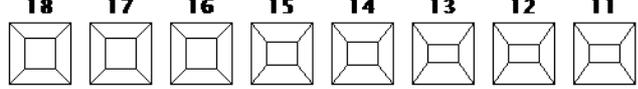
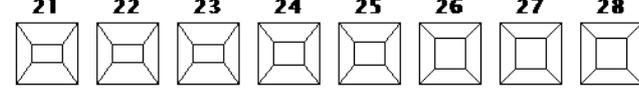
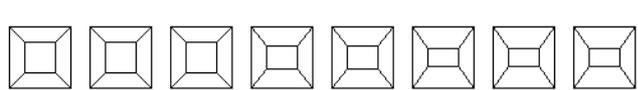
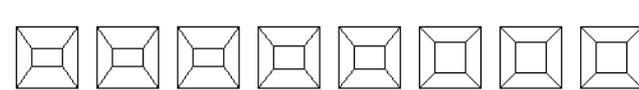
Männlich Weiblich Unbekannt

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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 1817161514131211 </div> 	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 2122232425262728 </div> 	LINKS
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 4847464544434241 </div> 	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 3132333435363738 </div> 	
48			38
47			37
46			36
45			35
44			34
43			33
42			32
41			31
635	Spezifische Angaben 01 Erläutern	1 <input type="checkbox"/> Kronen 2 <input type="checkbox"/> Brücken 3 <input type="checkbox"/> Implantate 4 <input type="checkbox"/> Prothesen 5 <input type="checkbox"/> Sonstiges	a b c
640	Sonstige Befunde 01 Erläutern	1 <input type="checkbox"/> Okklusion 2 <input type="checkbox"/> Zahnabnutzung 3 <input type="checkbox"/> Parodontose 4 <input type="checkbox"/> Hyperdontie 5 <input type="checkbox"/> Verfärbungen 6 <input type="checkbox"/> Sonstiges	
645	Gebissstatus 01 Gebiss	1 <input type="checkbox"/> Milchgebiss 2 <input type="checkbox"/> Mischgebiss 3 <input type="checkbox"/> Bleibendes Gebiss	
647	Altersschätzung 01 Alter (Jahr oder Monat ausfüllen)	Min. _____ Max. _____ _____ Jahr(e) / _____ Jahr(e) Min. _____ Max. _____ _____ Monat(e) / _____ Monat(e)	
650	Kontrolliert durch Zahnarzt 1 Zahnarzt 2 (Falls notwendig)	Datum: _____ Unterschrift: _____ Name Zahnarzt 1: _____	
		Datum: _____ Unterschrift: _____ Name Zahnarzt 2: _____	

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

Ort der Katastrophe: _____ PM-Nr.: _____

Art der Katastrophe: _____

Datum der Katastrophe: Tag Monat Jahr

Männlich Weiblich Unbekannt

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: _____ Anschritt: _____ 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)	PM-Profil 1	PM-Profil 2			
	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	:		<i>Unterschrift / Datum</i>
	Name	:		
	Anschrift	:		
	Tel. / Email	:		

Ort der Katastrophe: _____

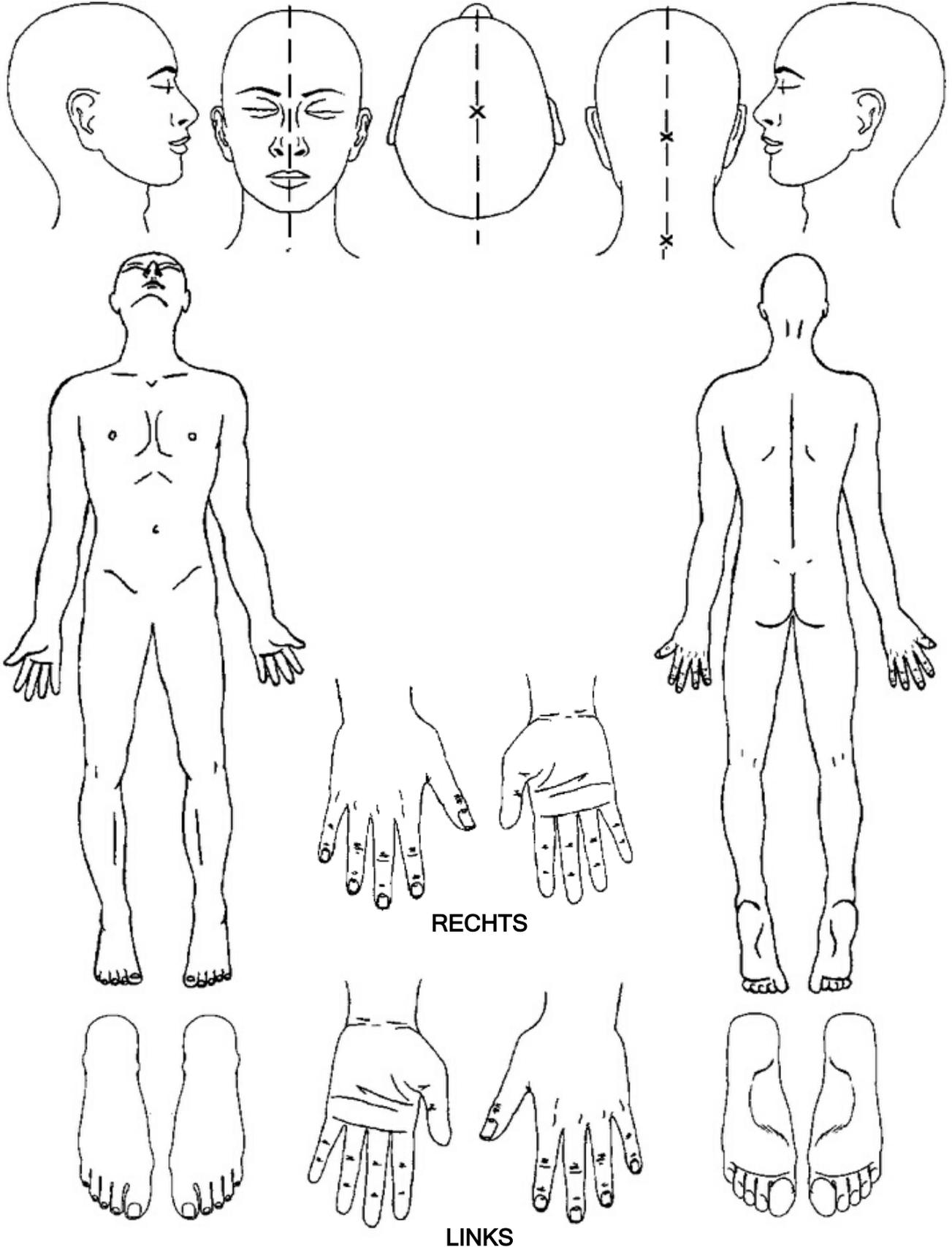
PM-Nr.: _____

Art der Katastrophe: _____

Datum der Katastrophe: Tag Monat Jahr

Männlich Weiblich Unbekannt

835 ANHANG KÖRPERSHEMA (zur optionalen Verwendung)



Ort der Katastrophe: _____

PM-Nr.: _____

Art der Katastrophe: _____

Datum der Katastrophe: _____

Tag

Monat

Jahr

Männlich

Weiblich

Unbekannt

840 ANHANG SKELETTSHEMA (zur optionalen Verwendung)

