

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	Probenentnahme	Nein 1 <input type="checkbox"/>	Ja 2 <input type="checkbox"/>	DNA-Profil(e) 3 <input type="checkbox"/>	Tox (falls erf.) 4 <input type="checkbox"/>		
	01 Rechtsmediziner 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"/>		Erläutern: _____									
05 Wo aufgefunden																
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	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.: _____							
	02 Rechts	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	:	<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

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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px dashed black;"> Nr. 1 Narben </td> <td style="width: 33%; border-right: 1px dashed black;"> 2 Piercings </td> <td style="width: 33%;"> 3 Tätowierungen </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Kopf und Nacken 01 Kopf 02 Nacken </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Rumpf 03 Vorderseite 04 Rückseite 05 Genitalien 06 Gesäß </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Obere Extremitäten 07 Rechter Oberarm 08 Linker Oberarm 09 Rechter Unterarm 10 Linker Unterarm 11 Rechte Hand 12 Linke Hand </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Nr. 4 Hautveränderungen </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> 5 Missbildungen </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> 6 Amputationen </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> 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 </td> </tr> </table>	Nr. 1 Narben	2 Piercings	3 Tätowierungen	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			5 Missbildungen			6 Amputationen			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. 1 Narben	2 Piercings	3 Tätowierungen																											
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																													
5 Missbildungen																													
6 Amputationen																													
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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"> 01 Typ 1 <input type="checkbox"/> Natürlich 2 <input type="checkbox"/> Haarverlängerung 3 <input type="checkbox"/> Toupet 4 <input type="checkbox"/> Perücke 5 <input type="checkbox"/> Haarimplantat </td> <td style="width: 20%;"> Kurz <6 cm / 2.4 in 1 <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 20%;"> Mittel <12 cm / 4.7 in 2 <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 20%;"> Lang >12 cm / 4.7 in 3 <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> Rasiert 4 <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="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): _____ 10 <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 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): _____ 8 <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 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 </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 06 Besondere Merkmale Erläutern (und weitere Details auf der Seite 700'er vermerken): _____ </td> </tr> </table>	01 Typ 1 <input type="checkbox"/> Natürlich 2 <input type="checkbox"/> Haarverlängerung 3 <input type="checkbox"/> Toupet 4 <input type="checkbox"/> Perücke 5 <input type="checkbox"/> Haarimplantat	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"/>	Rasiert 4 <input type="checkbox"/>				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): _____ 10 <input type="checkbox"/>				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): _____ 8 <input type="checkbox"/>				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): _____						
01 Typ 1 <input type="checkbox"/> Natürlich 2 <input type="checkbox"/> Haarverlängerung 3 <input type="checkbox"/> Toupet 4 <input type="checkbox"/> Perücke 5 <input type="checkbox"/> Haarimplantat	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"/>																										
Rasiert 4 <input type="checkbox"/>																													
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): _____ 10 <input type="checkbox"/>																													
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): _____ 8 <input type="checkbox"/>																													
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	<table border="0"> <tr> <td>Europäisch 1 <input type="checkbox"/> Weiß</td> <td>Afrikanisch 2 <input type="checkbox"/> Schwarz</td> <td>Asiatisch 3 <input type="checkbox"/></td> <td>Sonstiges 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Gemischt (erläutern): 5 <input type="checkbox"/>	Europäisch 1 <input type="checkbox"/> Weiß	Afrikanisch 2 <input type="checkbox"/> Schwarz	Asiatisch 3 <input type="checkbox"/>	Sonstiges 4 <input type="checkbox"/>																	
Europäisch 1 <input type="checkbox"/> Weiß	Afrikanisch 2 <input type="checkbox"/> Schwarz	Asiatisch 3 <input type="checkbox"/>	Sonstiges 4 <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;">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>Unterschrift / Datum</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: _____	
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	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			
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. _____ Max. _____ _____ Jahr(e) / _____ Jahr(e) Min. _____ Max. _____ _____ Monat(e) / _____ 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"/>
	Schleimhaut-Abstrich:	Wangenabstrich 6 <input type="checkbox"/>		Blut 7 <input type="checkbox"/>	Gewebe 8 <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"/>
	Schleimhaut-Abstrich:	Wangenabstrich 6 <input type="checkbox"/>		Blut 7 <input type="checkbox"/>	Gewebe 8 <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"/>
	Schleimhaut-Abstrich:	Wangenabstrich 6 <input type="checkbox"/>		Blut 7 <input type="checkbox"/>	Gewebe 8 <input type="checkbox"/>		
550	Weitere ID-Info	_____ _____					

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

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

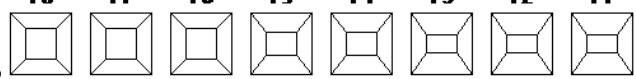
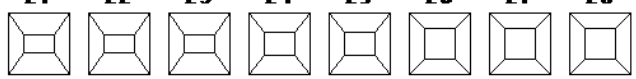
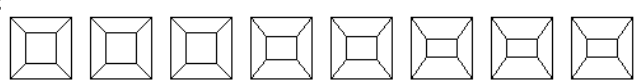
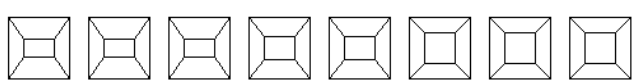
Männlich Weiblich Unbekannt

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	<table border="1" style="font-size: x-small;"> <tr><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	a	b	c			
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	:	Unterschrift / Datum
	Name	:	
	Anschrift	:	
	Tel. / Email	:	

Ort der Katastrophe: _____

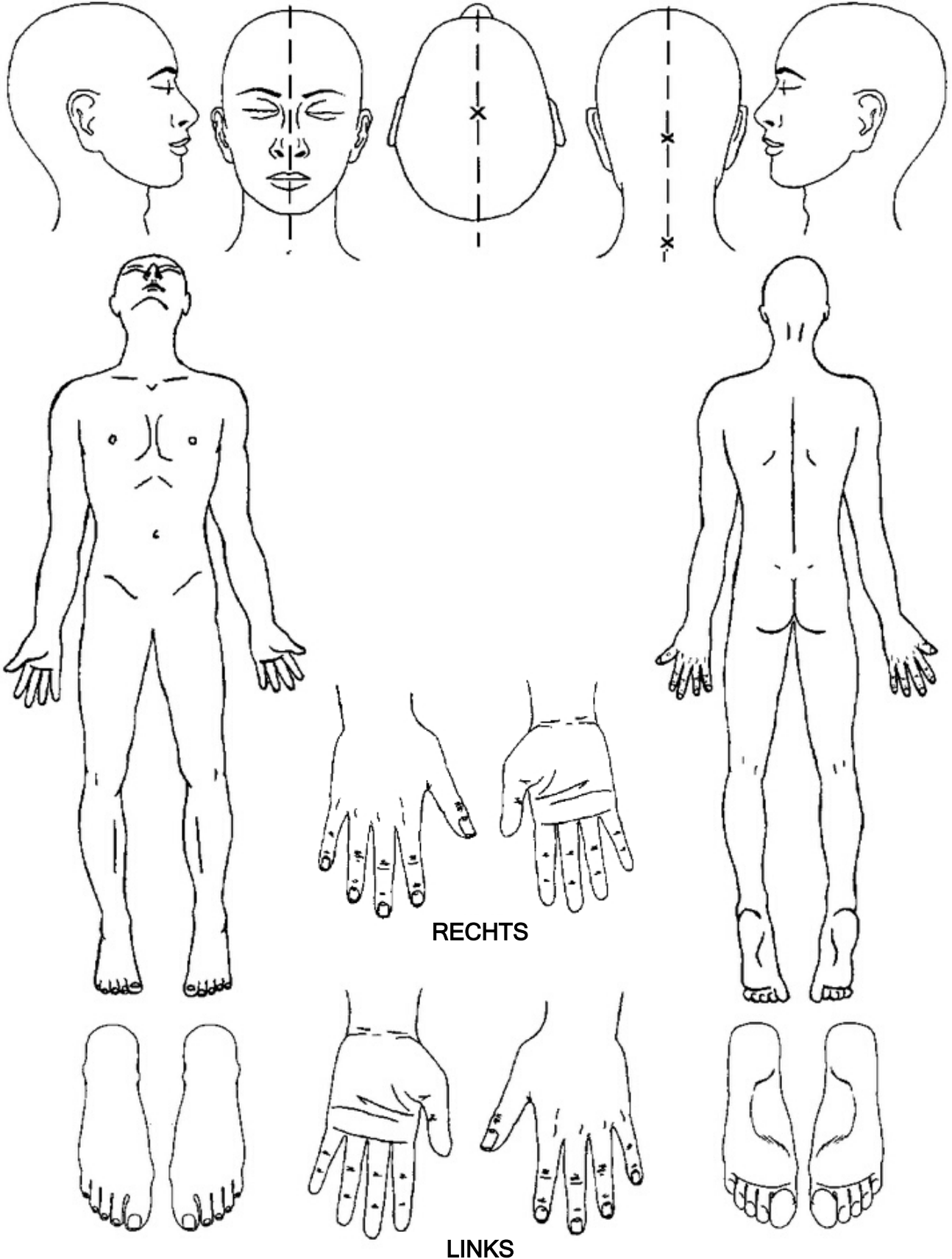
PM-Nr.: _____

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)

