

Skelettidentifikation

Fundplatz (Land, Kreis, Ort, Gemarkung, Straße, Flurstück Nr.): _____

Maßnahmennummer: _____

Grabnummer: _____ Befundnummer: _____

Fundzettelnummer: _____

Grabbeschreibung: _____

Ungefähre Zeitstellung: _____

Aufbewahrung (Institution/Archivnr. etc.): _____

Bemerkungen: _____

Angaben zur Bearbeitung

Anthropologische Bearbeitung durch _____

Ort, Datum _____

Archäologische Ansprechpartner _____

Bemerkungen _____

Präinventar und Erhaltungszustand

	Vollständigkeit	Oberfläche	Fragmentierung
Schädel			
Wirbelsäule und Rippen			
Beckengürtel			
Schultergürtel			
obere Extremitäten			
untere Extremitäten			

Anzahl <i>Pars petrosa</i>	
----------------------------	--

Skelettidentifikation:

Schädel	rechts	links	nb
<i>Os parietale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os frontale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os occipitale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os temporale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Maxilla</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Mandibula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os nasale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os zygomaticum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os sphenoidale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os hyoideum</i>	<input type="checkbox"/>		

	rechts	links	nb
<i>Scapula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Patella</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sternum</i>		<input type="checkbox"/>	
<i>Sacrum</i>		<input type="checkbox"/>	
<i>Krikoid</i>		<input type="checkbox"/>	
Schildknorpel		<input type="checkbox"/>	

Becken	rechts	links	nb
<i>Os pubis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os ischium</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os ilium</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wirbelsäule	Wirbel	-körper	-bogen
C1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Rechte Körperseite	Epiphyse P	P 1/3	M 1/3	D 1/3	Epiphyse D	Lage nb	Seite nb
<i>Humerus</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Radius</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Ulna</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Femur</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Tibia</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Fibula</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Clavicula</i>	medial			lateral			

Linke Körperseite	Epiphyse P	P 1/3	M 1/3	D 1/3	Epiphyse D	Lage nb	Seite nb
<i>Humerus</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Radius</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Ulna</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Femur</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Tibia</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Fibula</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Clavicula</i>	medial			lateral			

Anzahl Bögen nb: _____

C: _____ Th: _____ L: _____

Anzahl Körper nb: _____

C: _____ Th: _____ L: _____

Anzahl vollständige Wirbel nb: _____

C: _____ Th: _____ L: _____

Rippen (Anzahl)

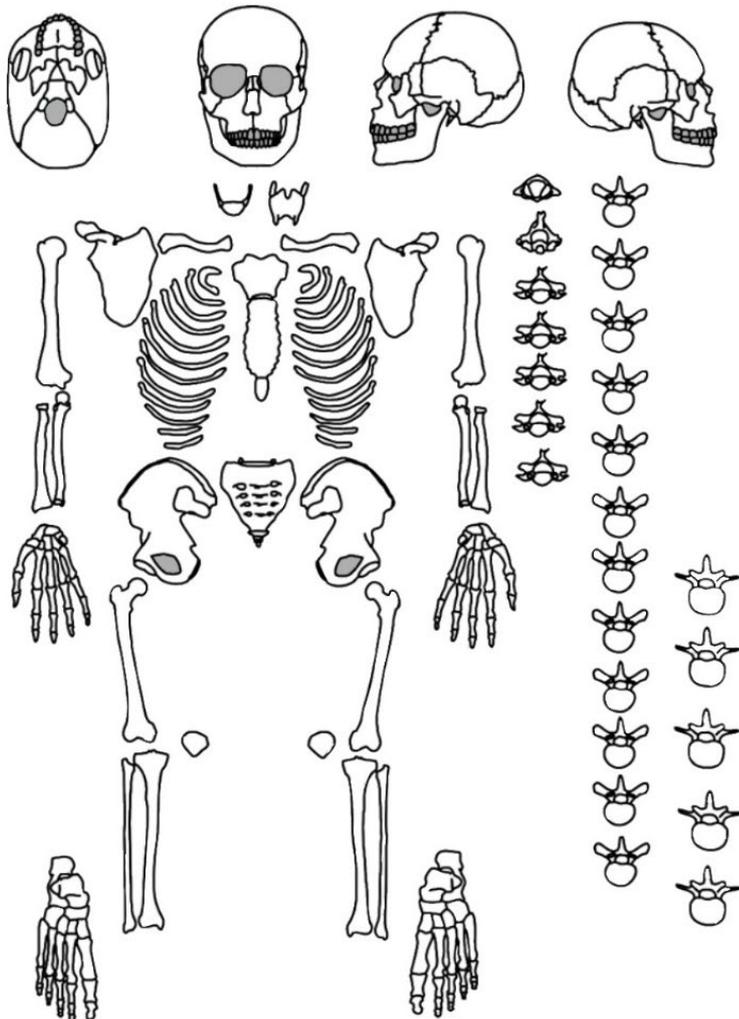
rechts: _____ links: _____

Anzahl an Fragmenten: _____

P = proximal, M = medial, D = distal, nb = nicht bestimmbar

Skelettidentifikation:

Hand und Fuß									
Hand- wurzel	<i>Os scaphoideum</i>	<i>Os lunatum</i>	<i>Os triquetrum</i>	<i>Os pisiforme</i>	<i>Os trapezium</i>	<i>Os trapezoideum</i>	<i>Os capitatum</i>	<i>Os hamatum</i>	Sesam- bein
rechts	<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"/>
links	<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"/>
nb	<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"/>
Fuß- wurzel	<i>Talus</i>	<i>Calcaneus</i>	<i>Os cuneiforme mediale</i>	<i>Os cuneiforme intermediale</i>	<i>Os cuneiforme laterale</i>	<i>Os naviculare</i>	<i>Os cuboideum</i>	Sesam- bein	
rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anzahl	<i>Meta- carpalia</i>	Hand- phalange P	Hand- phalange M	Hand- phalange D	<i>Meta- tarsalia</i>	Fuß- phalange P	Fuß- phalange M	Fuß- phalange D	
rechts									
links									
nb									



Weitere Beobachtungen (z. B. Verfärbungen, taphonomische Besonderheiten, wie Bissspuren, zusätzliche Skelettelemente und Tierknochen):

P = proximal, M = medial, D = distal, nb = nicht bestimmbar

Skelettidentifikation:

Schädel	rechts	links	nb
<i>Os parietale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os frontale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os occipitale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Pars lateralis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Pars basilaris</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Pars squamosa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Pars tympanica</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Pars petrosa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Corpus sphenoid.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ala major</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Maxilla</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Mandibula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os nasale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os zygomaticum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os hyoideum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	rechts	links	nb
<i>Scapula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Proc. coracoideus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sternum</i>		<input type="checkbox"/>	

Becken	rechts	links	nb
<i>Os pubis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os ischium</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os ilium</i>		<input type="checkbox"/>	

Rippen (Anzahl)
rechts: _____ links: _____
Anzahl an Fragmenten: _____

Rechte Körperseite	P	M	D	Lage	Seite
	1/3	1/3	1/3	nb	nb
<i>Humerus</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Radius</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Ulna</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Femur</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Tibia</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Fibula</i>	<input type="checkbox"/>				
	medial				lateral
<i>Clavicula</i>	<input type="checkbox"/>				

Linke Körperseite	P	M	D	Lage	Seite
	1/3	1/3	1/3	nb	nb
<i>Humerus</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Radius</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Ulna</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Femur</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Tibia</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Fibula</i>	<input type="checkbox"/>				
	medial				lateral
<i>Clavicula</i>	<input type="checkbox"/>				

Wirbelsäule				
Wirbel	Körper	Bogen		
		rechts	links	nb
C1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wirbel	Anzahl Körper	Anzahl Bogen		
		rechts	links	nb
C3-7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th1-12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L1-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S1-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl Bögen nb: _____

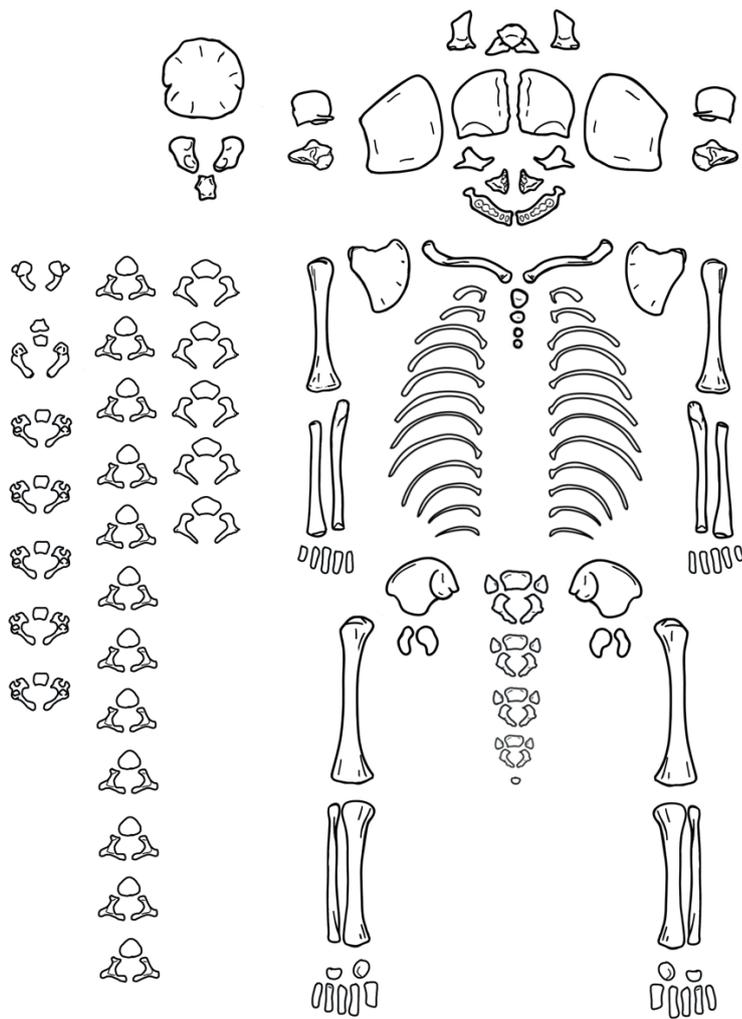
Anzahl Körper nb: _____

Anzahl vollständige Wirbel nb: _____

P = proximal, M = medial, D = distal, nb = nicht bestimmbar

Skelettidentifikation:

Hand und Fuß									
Hand- wurzel	<i>Os scaphoideum</i>	<i>Os lunatum</i>	<i>Os triquetrum</i>	<i>Os pisiforme</i>	<i>Os trapezium</i>	<i>Os trapezoideum</i>	<i>Os capitatum</i>	<i>Os hamatum</i>	Sesam- bein
rechts	<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"/>
links	<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"/>
nb	<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"/>
Fuß- wurzel	<i>Talus</i>	<i>Calcaneus</i>	<i>Os cuneiforme mediale</i>	<i>Os cuneiforme intermediale</i>	<i>Os cuneiforme laterale</i>	<i>Os naviculare</i>	<i>Os cuboideum</i>	Sesam- bein	
rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anzahl	<i>Meta- carpalia</i>	Hand- phalange P	Hand- phalange M	Hand- phalange D	<i>Meta- tarsalia</i>	Fuß- phalange P	Fuß- phalange M	Fuß- phalange D	
rechts									
links									
nb									



Weitere Beobachtungen (z. B. Verfärbungen, taphonomische Besonderheiten, wie Bissspuren, zusätzliche Skelettelemente und Tierknochen):

P = proximal, M = medial, D = distal, nb = nicht bestimmbar

Skelettidentifikation:

Schädel	rechts	links	nb
<i>Os parietale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os frontale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os occipitale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os temporale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Maxilla</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Mandibula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os nasale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os zygomaticum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os sphenoidale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os hyoideum</i>	<input type="checkbox"/>		

	rechts	links	nb
<i>Scapula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Proc. coracoideus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
acromiale Epiphyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Patella</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sternum</i>		<input type="checkbox"/>	

Becken	rechts	links	nb
<i>Os pubis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os ischium</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os ilium</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wirbelsäule	Wirbel	-körper	-bogen
C1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Rechte Körperseite	Epiphyse P	P 1/3	M 1/3	D 1/3	Epiphyse D	Lage nb	Seite nb
<i>Humerus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Radius</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulna</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Femur</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tibia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Fibula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Clavicula</i>	medial <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lateral <input type="checkbox"/>		

Linke Körperseite	Epiphyse P	P 1/3	M 1/3	D 1/3	Epiphyse D	Lage nb	Seite nb
<i>Humerus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Radius</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulna</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Femur</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tibia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Fibula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Clavicula</i>	medial <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lateral <input type="checkbox"/>		

Anzahl Bögen nb: _____

C: _____ Th: _____ L: _____

Anzahl Körper nb: _____

C: _____ Th: _____ L: _____

Anzahl vollständige Wirbel nb: _____

C: _____ Th: _____ L: _____

Rippen (Anzahl)

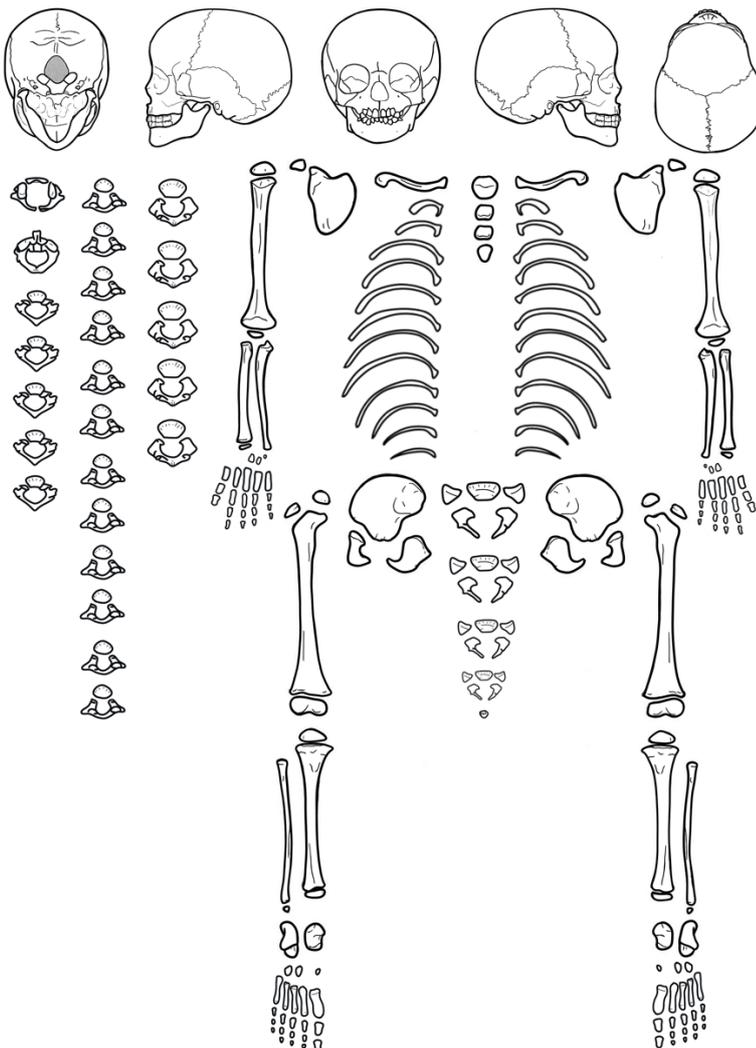
rechts: _____ links: _____

Anzahl an Fragmenten: _____

P = proximal, M = medial, D = distal, nb = nicht bestimmbar

Skelettidentifikation:

Hand und Fuß									
Hand- wurzel	<i>Os</i> <i>scaphoideum</i>	<i>Os</i> <i>lunatum</i>	<i>Os</i> <i>triquetrum</i>	<i>Os</i> <i>pisiforme</i>	<i>Os</i> <i>trapezium</i>	<i>Os</i> <i>trapezoideum</i>	<i>Os</i> <i>capitatum</i>	<i>Os</i> <i>hamatum</i>	Sesam- bein
rechts	<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"/>
links	<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"/>
nb	<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"/>
Fuß- wurzel	<i>Talus</i>	<i>Calcaneus</i>	<i>Os</i> <i>cuneiforme</i> <i>mediale</i>	<i>Os</i> <i>cuneiforme</i> <i>intermediale</i>	<i>Os</i> <i>cuneiforme</i> <i>laterale</i>	<i>Os</i> <i>naviculare</i>	<i>Os</i> <i>cuboideum</i>	Sesam- bein	
rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anzahl	<i>Meta- carpalia</i>	Hand- phalange P	Hand- phalange M	Hand- phalange D	<i>Meta- tarsalia</i>	Fuß- phalange P	Fuß- phalange M	Fuß- phalange D	
rechts									
links									
nb									



Weitere Beobachtungen (z. B. Verfärbungen, taphonomische Besonderheiten, wie Bissspuren, zusätzliche Skelettelemente und Tierknochen):

P = proximal, M = medial, D = distal, nb = nicht bestimmbar

Skelettidentifikation:

Schädel	rechts	links	nb
<i>Os parietale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os frontale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os occipitale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os temporale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Maxilla</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Mandibula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os nasale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os zygomaticum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os sphenoidale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os hyoideum</i>	<input type="checkbox"/>		

	rechts	links	nb
<i>Scapula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Proc. coracoideus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
acromiale Epiphyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Patella</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sternum</i>		<input type="checkbox"/>	

Becken	rechts	links	nb
<i>Os pubis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os ischium</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Os ilium</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wirbelsäule	Wirbel	-körper	-bogen
C1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Th12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Rechte Körperseite	Epiphyse P	P 1/3	M 1/3	D 1/3	Epiphyse D	Lage nb	Seite nb
<i>Humerus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Radius</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulna</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Femur</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tibia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Fibula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Clavicula</i>	medial <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lateral <input type="checkbox"/>		

Linke Körperseite	Epiphyse P	P 1/3	M 1/3	D 1/3	Epiphyse D	Lage nb	Seite nb
<i>Humerus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Radius</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ulna</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Femur</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tibia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Fibula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Clavicula</i>	medial <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lateral <input type="checkbox"/>		

Anzahl Bögen nb: _____

C: _____ Th: _____ L: _____

Anzahl Körper nb: _____

C: _____ Th: _____ L: _____

Anzahl vollständige Wirbel nb: _____

C: _____ Th: _____ L: _____

Rippen (Anzahl)

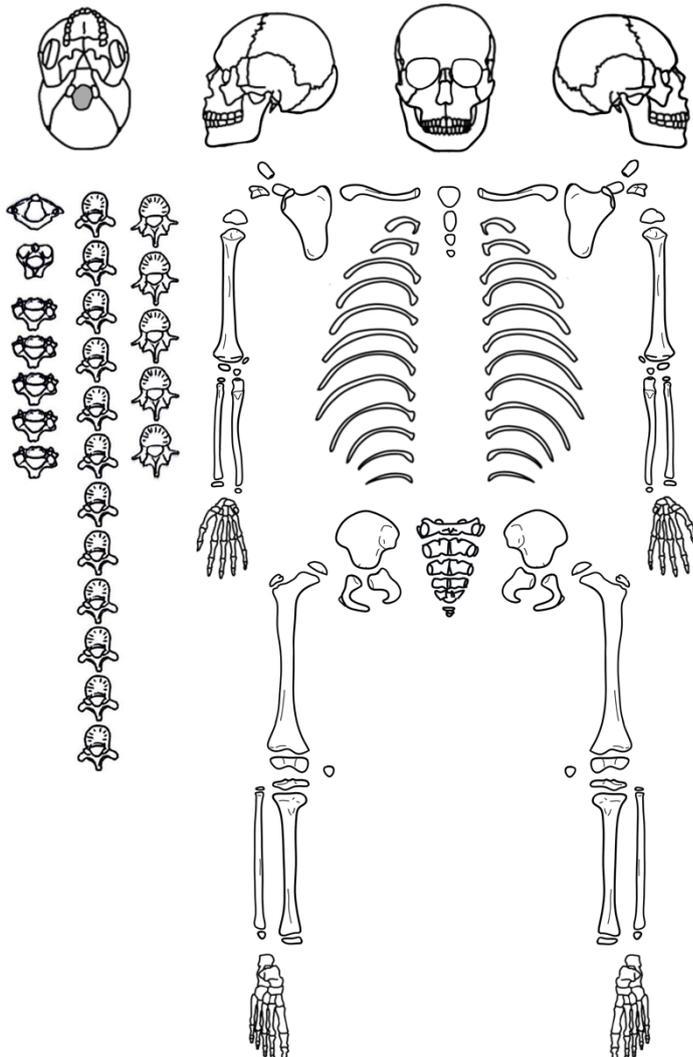
rechts: _____ links: _____

Anzahl an Fragmenten: _____

P = proximal, M = medial, D = distal, nb = nicht bestimmbar

Skelettidentifikation:

Hand und Fuß									
Hand- wurzel	<i>Os scaphoideum</i>	<i>Os lunatum</i>	<i>Os triquetrum</i>	<i>Os pisiforme</i>	<i>Os trapezium</i>	<i>Os trapezoideum</i>	<i>Os capitatum</i>	<i>Os hamatum</i>	Sesam- bein
rechts	<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"/>
links	<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"/>
nb	<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"/>
Fuß- wurzel	<i>Talus</i>	<i>Calcaneus</i>	<i>Os cuneiforme mediale</i>	<i>Os cuneiforme intermediale</i>	<i>Os cuneiforme laterale</i>	<i>Os naviculare</i>	<i>Os cuboideum</i>	Sesam- bein	
rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anzahl	<i>Meta- carpalia</i>	Hand- phalange P	Hand- phalange M	Hand- phalange D	<i>Meta- tarsalia</i>	Fuß- phalange P	Fuß- phalange M	Fuß- phalange D	
rechts									
links									
nb									



Weitere Beobachtungen (z. B. Verfärbungen, taphonomische Besonderheiten, wie Bissspuren, zusätzliche Skelettelemente und Tierknochen):

P = proximal, M = medial, D = distal, nb = nicht bestimmbar

Skelettidentifikation:

Facies symphysialis

Becken rechts		Becken links	
Stadium:	Alter:	Stadium:	Alter:

Facies auricularis

	Oberflächenorganisation	Oberflächen-textur	Mikro-porosität	Makro-porosität	Apex	Gesamt	Alter (Bereich)
Becken rechts							
Becken links							

Schädelnahtverschluss

Schädelnaht ektokranial				
<i>S. coronalis</i>	C1:	C2:	C3:	
<i>S. sagittalis</i>	S1:	S2:	S3:	S4:
<i>S. lambdoidea</i>	L1:	L2:	L3:	
Alter:				

Nichtstandardisierte Merkmale

Geschätzte Altersklasse:

Skelettidentifikation:

Becken

Merkmal	Stadium	Merkmal	Stadium
<i>Incisura ischiadica major</i>		<i>Ramus ischio-pubis</i>	
<i>Arc composé</i>		Subpubische Konkavität	
<i>Linea arcuata</i>		<i>Arcus ventralis</i>	
<i>Sulcus präauricularis</i>		<i>Angulus subpubicus</i>	

Schädel

Merkmal	Stadium	Merkmal	Stadium
Arcus superciliaris		Protuberantia occipitalis externa	
Margo supraorbitalis		Mentum	
Glabella		Gonion	
Orbitaform		Gonionwinkel	
Processus mastoideus		Stirnneigung	
Crista supramastoidea		Tuber frontalia	
Lineae Nuchae		Tuber parietalia	

Nichtstandardisierte Merkmale

(bspw. Gesamteindruck, Durchmesser Oberschenkelkopf, Robustizität, relative Größe, etc.)

- Nicht bestimmbar männlich eher männlich indifferent eher weiblich weiblich
-

Skelettidentifikation:

Quadrant		1 (OK rechts)								2 (OK links)							
LEH Stärke																	
LEH Anzahl	o																
	m																
	u																
Abrasion																	
Karies: Lokalisation																	
Karies																	
Zahnstein: Lokalisation																	
Zahnstein																	
Zahninventar																	
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		M3	M2	M1	P2	P1	C	I2	I1	I1	I2	C	P1	P2	M1	M2	M3
		M3	M2	M1	P2	P1	C	I2	I1	I1	I2	C	P1	P2	M1	M2	M3
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Zahninventar																	
Zahnstein																	
Zahnstein: Lokalisation																	
Karies																	
Karies: Lokalisation																	
Abrasion																	
LEH Anzahl	o																
	m																
	u																
LEH Stärke																	
Quadrant		4 (UK rechts)								3 (UK links)							

Bemerkungen	Zahnanzahl und Abszesse	rechts		links	
		Zähne	Abszesse	Zähne	Abszesse
	Zähne Oberkiefer				
	Zähne Unterkiefer				
	Gesamt				

Skelettidentifikation:

Quadrant		1 bzw. 5 (OK rechts)								2 bzw. 6 (OK links)							
LEH Stärke																	
LEH Anzahl	o																
	m																
	u																
Abrasion																	
Karies: Lokalisation																	
Karies																	
Zahnstein: Lokalisation																	
Zahnstein																	
Zahninventar2																	
Zahninventar1																	
Milchzähne					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Dauerzähne		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		M3	M2	M1	P2	P1	C	I2	I1	I1	I2	C	P1	P2	M1	M2	M3
		M3	M2	M1	P2	P1	C	I2	I1	I1	I2	C	P1	P2	M1	M2	M3
Dauerzähne		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Milchzähne					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Zahninventar1																	
Zahninventar2																	
Zahnstein																	
Zahnstein: Lokalisation																	
Karies																	
Karies: Lokalisation																	
Abrasion																	
LEH Anzahl	o																
	m																
	u																
LEH Stärke																	
Quadrant		4 bzw. 8 (UK rechts)								3 bzw. 7 (UK links)							
Bemerkungen										Zahnanzahl und Abszesse		rechts		links			
												Zähne	Abszesse	Zähne	Abszesse		
										Zähne Oberkiefer							
										Zähne Unterkiefer							
										Gesamt							

Skelettidentifikation:

Messstrecke	Maß (mm) rechts	Maß (mm) links
F 1		
F 2		
F 6		
F 7		
F 19		
T 1		
T 1b		
H 1		
H 2		
H 7		
R 1		
R 1b		

Gelenk	Stadium	
	rechts	links
Temporomandibulargelenk		
Schulter		
Ellbogen		
Hand		
Hüfte		
Knie		
Fuß		

Nähere Beschreibung/Bemerkungen (insbesondere Vermerke zu bestehender *Ankylose*, siehe Richtlinien)

Skelettidentifikation:

Osteometrie

Messstrecke	Maß (mm) rechts	Maß (mm) links
Cl 1		
Hu 1		
Ra 1		
Ul 1		
Fe 1		
Ti 1		
Fi 1		

Skelettidentifikation:

Wirbelstatus allgemein

	Stadium Wirbelkörper - Durchschnitt -	Stadium Zwischenwirbelgelenke - durchschnittliche Veränderung -		Stadium Wirbelkörper - stärkste Veränderung -	Stadium Zwischenwirbelgelenke - stärkste Veränderung -	
		links	rechts		links	rechts
Halswirbel						
Brustwirbel						
Lendenwirbel						

Weitere Kommentare

Eburnisierung

	Gelenke Halswirbel	Gelenke Brustwirbel	Gelenke Lendenwirbel
Eburnisierung vorhanden (ja/nein/nb)			
Anzahl eburnisierter Wirbel			
Betroffene(r) Wirbel			

Weitere Kommentare (z. B. welche Seite ist betroffen, vermutete Ursache)

Verwachsung von Wirbeln

	Halswirbel	Brustwirbel	Lendenwirbel
verwachsene Wirbel vorhanden (ja/nein/nb)			
Anzahl verwachsener Wirbel			
Betroffener Wirbel (z. B. T1, LW 1-3/nb)			

Weitere Kommentare (z. B. Verwachsung im Bereich der Wirbelkörper- oder der Gelenke, vermutete Ursache, welche Seite ist betroffen)

Skelettidentifikation:

Schmorlsche Knorpelknötchen (SKK)

	Halswirbel	Brustwirbel	Lendenwirbel
SKK vorhanden (ja/nein/nb)			
Anzahl der betroffenen Wirbel			
Betroffener Wirbel			
Durchbruch in den Spinalkanal (ja/nein/nb)			
optional: exakte Position			
Anzahl betroffener Wirbel			

Nichtstandardisierte Beschreibung

Skelettidentifikation:

Schädel	v	nv	nb
lytische Defekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacchioni-Granulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hyperostosen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraniosynostosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Osteome</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intentionelle Modifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sutura metopica</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schaltknochen/ <i>Os incae</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Foramen supraorbitale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Cribræ Orbitalia</i>	Stadium		
rechts			
links			

Schultergürtel	v	nv	nb
lytische Defekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Obere Extremitäten	v	nv	nb
lytische Defekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkdislokation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wirbelsäule und Rippen	v	nv	nb
lytische Defekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deformitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abweichende Anzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panzerpleura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Morbus Scheuermann</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Untere Extremitäten	v	nv	nb
lytische Defekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reiterfacette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poirier's Facette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hockfacette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allens Fossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Beckengürtel	v	nv	nb
lytische Defekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sakrale Spalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkdislokation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

wenn bei einem Merkmal **vorhanden** angekreuzt bzw. systemische Erkrankungen festgestellt wurden, dann bitte eine ausführliche Beschreibung **deskriptiv verfassen (Rückseite)**, inklusive:

- genaue Lokalisation (auch Seite etc.)
- Form und Ausmaß
- genaue Beschreibung
- ggf. Stadium und Heilungsstatus etc.

siehe Richtlinien!

v = vorhanden, nv = nicht vorhanden, nb = nicht beobachtbar

Skelettidentifikation:

Zahn/ Skelettelement	Position	Zweck	Zur Analyse an

