|  |  |
| --- | --- |
| SAM – Nr.: | Nr. |
| Standort: | Standort |

**Kontaktdaten**

|  |  |
| --- | --- |
| Grabungsfirma: Bitte ausfüllen | Name: Bitte ausfüllen |
| E-Mail: Bitte ausfüllen | Telefon: Bitte ausfüllen |
| Straße: Bitte ausfüllen | PLZ, Ort: Bitte ausfüllen |

|  |
| --- |
| Anthroploge/in auf Grabung anwesend: Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Anthropologe/in: | Bitte Name/Firma |
| Anschrift: | Bitte ausfüllen |
| E-Mail: | Bitte ausfüllen |
| Telefon: | Bitte ausfüllen |

**Skelettmaterial**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Maßnahmen-Nr.: | Bitte ausfüllen | Jahr: | Bitte ausfüllen |
| Maßnahmenname: | Bitte ausfüllen | Typ: | Ausgrabung |
| Gemeinde: | Bitte ausfüllen | Lkr.: | Bitte ausfüllen |
| Gemarkung: | Bitte ausfüllen | Zeitstellung: | Bitte ausfüllen |

**Auflistung der Funde**  siehe angehängte Fundliste

siehe Aufstellung Seite 2 ff.

Bemerkungen: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

|  |  |
| --- | --- |
| **Fundkontrolle BLfD**  Die Skelettfunde wurden vollständig vor dem 01.07.2023 ergraben.  Die Funde sind vor der Einlieferung in die SAM nicht beprobt worden.  Einhaltung der Dokumentations- und Fundvorgaben geprüft und freigegeben.  Bemerkungen: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| vom BLfD geprüft am: Datum | Unterschrift: |

Die Übergabe erfolgte:

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum eingeben |  |
| Ort, Datum | Überbringer |
|  | Mitarbeiter SAM |

**Auflistung der Funde:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Maßnahmen-Nr.: | Bitte ausfüllen | Jahr: | Bitte ausfüllen |
| Maßnahme: | Bitte ausfüllen | Typ: | Ausgrabung |
| Gemeinde: | Bitte ausfüllen | Lkr.: | Bitte ausfüllen |
| Gemarkung: | Bitte ausfüllen | Zeitstellung: | Bitte ausfüllen |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Befund** | **Fundzettel-Nr.** | **Fundgegenstand** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |