|  |  |
| --- | --- |
| 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**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |