

<b>SAKNET PERSON</b>		<b>Nr. :</b> _____ <i>(Nr. fylles ut av ID-gruppen)</i>
<b>Etternavn</b> :	-----	
<b>Fornavn</b> :	-----	
<b>Fødselsdato</b> :	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>Dag</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Måned</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>År</i>	<b>Mann</b> <input type="checkbox"/> <b>Kvinne</b> <input type="checkbox"/>

<b>Ulykkens art</b> :	
<b>Ulykkessted</b> :	
<b>Ulykkesdato</b> :	- -

<b>Politidistrikt som har ansvaret for identifiseringen:</b>	<i>NCB i (land)</i>
	<i>Politiets Saksnr.:</i>

**Grunner til å anta at angjeldende person er offer i ulykken :**

<b>Politij.manns vurdering</b>	<i>Er ovennevnte person offer?</i> <input type="checkbox"/> <i>Mulig</i> <input type="checkbox"/> <i>Sannsynlig</i> <input type="checkbox"/> <i>Utvilsomt</i>
<b>DNA</b>	<input type="checkbox"/> <i>Referanseprøver innhentet</i> <input type="checkbox"/> <i>Profil rekvirert</i> <input type="checkbox"/> <i>Profil vedlagt</i>

INNHOLDSFORTEGNELSE		<i>Vedlagt komplett</i>	<i>Vedlagt delvis</i>	<i>Utlånt til: Navn</i>	<i>Dato</i>	<i>Returnert Dato</i>	<i>Bemerkninger</i>
<b>A1</b>	Generelle opplysninger						
<b>A2</b>	Gen. oppl.(forts.)						
<b>C1</b>	Klær / Sko						
<b>C2</b>	Ur / Brilller / ID-papirer						
<b>C3</b>	Smykker						
<b>D1</b>	Personbeskrivelse						
<b>D2</b>	Personbeskr.(fortsatt)						
<b>D3</b>	Personbeskr.(fortsatt)						
<b>D4</b>	Kroppskisse						
<b>E1</b>	Medisinske oppl.						
<b>E2</b>	Med.oppl.(fortsatt)						
<b>F1</b>	Tannlegeopplysninger						
<b>F2</b>	Tannl.oppl.(fortsatt)						
<b>G</b>	Ytterligere opplysninger						

## SAKNET PERSON

**Etternavn** : \_\_\_\_\_ **Nr. :** \_\_\_\_\_  
 (Nr. fylles ut av ID-gruppen)

**Fornavn** : \_\_\_\_\_

**Fødselsdato** :   *Dag*   *Måned*    *År* **Mann**  **Kvinne**

a = Opplysninger ikke tilgjengelige      b = Foto      c = Se nærmere side G

## OPPLYSNINGER OM SAKNET PERSON

a b c

		a	b	c
<b>00</b>	<b>Opplysninger gitt av - eller:</b> Navn Adresse Tilhørighet	Dato: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se felt 12 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se felt 13 _____ Telefon/E-mail: _____		
<b>01</b>	<b>Etternavn</b>			
<b>02</b>	<b>Etternavn ved fødsel</b>			
<b>03</b>	<b>Fornavn</b>			
<b>04</b>	<b>Statsborgerskap</b>			
<b>05</b>	<b>Fødselsnummer</b> Land-kode	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>06</b>	<b>Kinesisk Navn/Handelskode</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>07</b>	<b>Fødselsdato</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>Dag</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Måned</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>År</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Alder ved forsvinning</i>		
<b>08</b>	<b>Sivil status</b>	<i>Enslig</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Separert</i> 5 <input type="checkbox"/> <i>Forlovet(dato):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____ <i>Skilt</i> 6 <input type="checkbox"/> <i>Enke/mann</i> 7 <input type="checkbox"/> <i>Samboer</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Gift(dato):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____ <i>Fornavn til partner:</i> _____		
<b>09</b>	<b>Yrke</b>			
<b>10</b>	<b>Fullstendig adresse</b> Gate / Nr. Postnr/by Land			
<b>11</b>	<b>Religion</b>	1 <input type="checkbox"/> <i>Nei</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Ja (navn på religion):</i> _____		
<b>12</b>	<b>Nærmeste pårørende</b> Navn Adresse Telefon/E-mail Tilhørighet			
<b>12 A</b>	<b>Blodrelasjon (DNA)</b>	<i>Finnes kjent nær familie eller referanseprøver for DNA-sammenligning</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Nei</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Ja - see page G</i>		
<b>13</b>	<b>Villig til visuell gjenkjennelse</b> Navn Adresse Telefon/E-mail Tilhørighet			

**Innhentet av:**      Stilling :  
                           Navn :  
                           Adresse :  
                           Telefon/E-mail :

Underskrift / Dato

H  
U  
L  
L  
E  
S  
  
H  
E  
R

H  
U  
L  
L  
E  
S  
  
H  
E  
R

SAKNET PERSON		
Etternavn	:	_____
Fornavn	:	_____
Fødselsdato	:	<input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Måned <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> År              Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/>

 Nr. : \_\_\_\_\_  
 (Nr. fylles ut av ID-gruppen)

a = Opplysninger ikke tilgjengelige    b = Foto    c = Se nærmere side G

OPPLYSNINGER OM SAKNET PERSON		a	b	c
14	Er saknede registrert med fingeravtrykk?	1 <input type="checkbox"/> Nei	2 <input type="checkbox"/> Ja / Hvor: _____	Dato: _____
	Kan fremskaffes?	3 <input type="checkbox"/> Nei	4 <input type="checkbox"/> Ja / Hvor: _____	
15	Behandlerende lege Navn Adresse  Telefon/E-mail			
16	Tannlege Navn Adresse  Telefon/E-mail			
17	Spesielle ID-kjennetegn			
18	Fotografier	1 <input type="checkbox"/> Vedlagt	2 <input type="checkbox"/> Kan skaffes fra: _____	
		Foto tatt År: _____		
19	Dokumenter			
	01 Fra offentlige registre	1 <input type="checkbox"/> Vedlagt	2 <input type="checkbox"/> Kan skaffes fra: _____	
	02 Fra politiregistre	1 <input type="checkbox"/> Vedlagt	2 <input type="checkbox"/> Kan skaffes fra: _____	
	03 Legejournaler	1 <input type="checkbox"/> Vedlagt	2 <input type="checkbox"/> Kan skaffes fra: _____	
	04 Sykehusjournaler	1 <input type="checkbox"/> Vedlagt	2 <input type="checkbox"/> Kan skaffes fra: _____	
	05 Sykehusrøntgen	1 <input type="checkbox"/> Vedlagt	2 <input type="checkbox"/> Kan skaffes fra: _____	
	06 Tannlegejournaler	1 <input type="checkbox"/> Vedlagt	2 <input type="checkbox"/> Kan skaffes fra: _____	
	07 Tannlegerøntgen	1 <input type="checkbox"/> Vedlagt	2 <input type="checkbox"/> Kan skaffes fra: _____	
	08 Merking av tannprotese	(spesifiser): _____		
09 Andre registre	(spesifiser): _____			

Fortsettes i felt 24 (Feltene 20 - 23 finnes kun i PM-formular)

Innhentet av:	Stilling	:	Underskrift / Dato
	Navn	:	
	Adresse	:	
	Telefon/E-mail	:	

SAKNET PERSON

Etternavn : \_\_\_\_\_

Nr. : \_\_\_\_\_

Fornavn : \_\_\_\_\_

(Nr. fylles ut av ID-gruppen)

Fødselsdato :   Dag   Måned     År

Mann  Kvinne

a = Opplysninger ikke tilgjengelige    b = Foto    c = Se nærmere side G

KLÆR OG SKO (båret eller medbrakt i bagasje)

			a	b	c	
<b>24 Klesplagg</b>	<b>Nr:</b>	<b>1 Materiale</b>	<b>2 Farge</b>	<b>3 Type</b>	<b>4 Merke</b>	<b>5 Størrelse</b>
	<b>01 Hode og hals</b>					
	0101 Hatt					
	0102 Skjerf					
	0103 Slips					
	0199 Annet					
	<b>02 Overkropp og armer</b>					
	0201 Frakk					
	0202 Jakke					
	0203 Genser					
	0204 Skjorte					
	0205 Vest					
	0206 Undertrøye					
	0207 Kjole					
	0208 Strikkejakke					
	0209 Bluse					
	0210 Underskjørt					
	0211 Undertrøye					
	0212 BH					
	0213 Bukseseler					
	0214 Hansker					
	0299 Annet					
	<b>03 Underkropp og ben</b>					
0301 Benklær (mann)						
0302 Underbenklær						
0303 Benklær (kvinne)						
0304 Skjørt						
0305 Truser						
0306 Hofteholder						
0307 Korsett						
0308 Strømper						
0309 Strømpebukser						
0310 Sokker						
0311 Belte						
0312 Beltespenne						
0399 Annet						
<b>04 Hele kroppen</b>						
0401 Flygerdrakt						
0402 Kjeledress						
0403 Buksedrakt						
0499 Annet						
<i>Hvis bruk av "xx99 Annet" beskriv delen i kolonne "3 Type".</i>						
<b>25 Sko</b>	<b>Nr:</b>	<b>1 Materiale</b>	<b>2 Farge</b>	<b>3 Type</b>	<b>4 Merke</b>	<b>5 Størrelse</b>
	<b>01</b> Lette sko					
	<b>02</b> Kraftige sko					
	<b>03</b> Støvler					
<b>99</b> Annet						
<i>Beskriv hva slags fottøy i kolonne "3 Type", eks. Sports sko, Sandaler</i>						

H  
U  
L  
L  
E  
S

H  
E  
R

H  
U  
L  
L  
E  
S

H  
E  
R

Innhentet av: Stilling : \_\_\_\_\_  
 Navn : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Telefon/E-mail : \_\_\_\_\_

Underskrift / Dato

SAKNET PERSON

Etternavn : \_\_\_\_\_

Nr. : \_\_\_\_\_

Fornavn : \_\_\_\_\_

(Nr. fylles ut av ID-gruppen)

Fødselsdato :   Dag   Måned     År

Mann  Kvinne

a = Opplysninger ikke tilgjengelige    b = Foto    c = Se nærmere side G

PERSONLIGE EIENDELER

			a	b	c	
26	<b>Ur</b> 00 Bæres alltid  01 Digital 02 Skive/viser 03 Digital/Analog  04 Hvis armbåndsur bæres på  05 Klokkerem	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja				
		Nr: 1 Materiale 2 Farge 3 Form 4 Merke 5 Inskr.				
		-----				
		Venstre 1 <input type="checkbox"/> Høyre 2 <input type="checkbox"/> Lær 1 <input type="checkbox"/> Metall 2 <input type="checkbox"/> Utsiden 3 <input type="checkbox"/> Innsiden 4 <input type="checkbox"/> Annet (spesifiser) 3 <input type="checkbox"/> _____				
27	<b>Briller</b> 00 Bæres alltid  01 Innfatning  02 Brilleglass 03 Brilleglass (form) 04 Kontaktlinser 05 Optiker	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja				
		Nr: 1 Materiale 2 Farge 3 Form 4 Merke 5 Inskr.				
		-----				
		Farget 1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja (spesifiser): Rund 1 <input type="checkbox"/> Oval 2 <input type="checkbox"/> Firkantet / 3 <input type="checkbox"/> Halv- 4 <input type="checkbox"/> Styrke Venstre/Høyre 3 <input type="text"/> V 4 <input type="text"/> H Uten innfatning 5 <input type="checkbox"/> Styrke Venstre/Høyre 3 <input type="text"/> V 4 <input type="text"/> H Detaljer side G:				
28	<b>Identitetspapirer</b> 00 Bæres alltid  01 Pass 02 Førerkort 03 Kredittkort 04 Identitetskort 05 Blodgiverkort 06 Reisesjekker 07 Personlige sjekker 08 Helsekort 99 Andre	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja				
		Nr:				
29	<b>Andre eiendeler</b> 00 Bæres alltid  01 Lommebok 02 Pengepung 03 Pengebelte 04 Skilt/nøkler 05 Valuta 99 Annet	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja				
		Nr:				

Innhentet av: Stilling : \_\_\_\_\_  
 Navn : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Telefon/E-mail : \_\_\_\_\_

Underskrift / Dato

H  
U  
L  
L  
E  
S  
  
H  
E  
R  
  
  
  
H  
U  
L  
L  
E  
S  
  
H  
E  
R



<b>SAKNET PERSON</b>		<b>Nr. :</b> _____
<b>Etternavn</b> :	_____	<small>(Nr. fylles ut av ID-gruppen)</small>
<b>Fornavn</b> :	_____	
<b>Fødselsdato</b> :	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>Dag</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Måned</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>År</i>	Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/>

a = Opplysninger ikke tilgjengelige    b = Foto    c = Se nærmere side G

PERSONBESKRIVELSE		a	b	c																																																																																																		
<b>31</b>																																																																																																						
<b>31 A</b>																																																																																																						
<b>32</b>	<b>Høyde</b>	_____ cm / Antatt høyde _____ cm	Kilde ?																																																																																																			
<b>33</b>	<b>Vekt</b>	_____ kg / Antatt vekt _____ kg	Kilde ?																																																																																																			
<b>34</b>	<b>Benbygning</b>	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><i>Lett</i></td> <td><i>Middels</i></td> <td><i>Kraftig</i></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><i>Ovalt</i></td> <td><i>Pæreformet</i></td> <td><i>Pyramideform</i></td> <td><i>Rundt</i></td> <td><i>Rektangulært</i></td> <td><i>Firkantet</i></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><small>(02-03 se Silhuett-tegninger)</small> <i>Kort</i></td> <td><i>Middels</i></td> <td><i>Lang</i></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	<i>Lett</i>	<i>Middels</i>	<i>Kraftig</i>				1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>				<i>Ovalt</i>	<i>Pæreformet</i>	<i>Pyramideform</i>	<i>Rundt</i>	<i>Rektangulært</i>	<i>Firkantet</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<small>(02-03 se Silhuett-tegninger)</small> <i>Kort</i>	<i>Middels</i>	<i>Lang</i>				1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																			
<i>Lett</i>	<i>Middels</i>	<i>Kraftig</i>																																																																																																				
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
<i>Ovalt</i>	<i>Pæreformet</i>	<i>Pyramideform</i>	<i>Rundt</i>	<i>Rektangulært</i>	<i>Firkantet</i>																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																	
<small>(02-03 se Silhuett-tegninger)</small> <i>Kort</i>	<i>Middels</i>	<i>Lang</i>																																																																																																				
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
<b>35</b>	<b>Rase</b>	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><i>Hvit</i></td> <td><i>Asiat</i></td> <td><i>Negroid</i></td> <td><i>Lys</i></td> <td><i>Mellom</i></td> <td><i>Mørk</i></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> (spesifiser):	<i>Hvit</i>	<i>Asiat</i>	<i>Negroid</i>	<i>Lys</i>	<i>Mellom</i>	<i>Mørk</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																								
<i>Hvit</i>	<i>Asiat</i>	<i>Negroid</i>	<i>Lys</i>	<i>Mellom</i>	<i>Mørk</i>																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																	
<b>36</b>	<b>Hår</b>	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><i>Naturlig</i></td> <td><i>Kunstig</i></td> <td><i>Toupé</i></td> <td><i>Parykk</i></td> <td><i>Flettet</i></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><i>Kort</i></td> <td><i>Middels</i></td> <td><i>Langt</i></td> <td><i>Barbert</i></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><i>Blondt</i></td> <td><i>Brunt</i></td> <td><i>Svart</i></td> <td><i>Rødt</i></td> <td><i>Grått</i></td> <td><i>Hvitt</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Lyst</i></td> <td><i>Middels</i></td> <td><i>Mørkt</i></td> <td><i>Grånende</i></td> <td><i>Farget</i></td> <td><i>Stripet</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Tynt</i></td> <td><i>Middels</i></td> <td><i>Tykt</i></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><i>Glatt</i></td> <td><i>Bølget</i></td> <td><i>Krøllet</i></td> <td><i>Skill</i></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/> <i>Venstre</i></td> <td>5 <input type="checkbox"/> <i>Høyre</i></td> <td>6 <input type="checkbox"/> <i>Midten</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Begynnende</i></td> <td><i>Fremskreden</i></td> <td><i>Total</i></td> <td><i>Forhode</i></td> <td><i>Side</i></td> <td><i>Måne</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> (spesifiser):	<i>Naturlig</i>	<i>Kunstig</i>	<i>Toupé</i>	<i>Parykk</i>	<i>Flettet</i>			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>			<i>Kort</i>	<i>Middels</i>	<i>Langt</i>	<i>Barbert</i>				1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				<i>Blondt</i>	<i>Brunt</i>	<i>Svart</i>	<i>Rødt</i>	<i>Grått</i>	<i>Hvitt</i>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>		<i>Lyst</i>	<i>Middels</i>	<i>Mørkt</i>	<i>Grånende</i>	<i>Farget</i>	<i>Stripet</i>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>		<i>Tynt</i>	<i>Middels</i>	<i>Tykt</i>					1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>					<i>Glatt</i>	<i>Bølget</i>	<i>Krøllet</i>	<i>Skill</i>				1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> <i>Venstre</i>	5 <input type="checkbox"/> <i>Høyre</i>	6 <input type="checkbox"/> <i>Midten</i>		<i>Begynnende</i>	<i>Fremskreden</i>	<i>Total</i>	<i>Forhode</i>	<i>Side</i>	<i>Måne</i>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
<i>Naturlig</i>	<i>Kunstig</i>	<i>Toupé</i>	<i>Parykk</i>	<i>Flettet</i>																																																																																																		
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																																																																		
<i>Kort</i>	<i>Middels</i>	<i>Langt</i>	<i>Barbert</i>																																																																																																			
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																																																			
<i>Blondt</i>	<i>Brunt</i>	<i>Svart</i>	<i>Rødt</i>	<i>Grått</i>	<i>Hvitt</i>																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																	
<i>Lyst</i>	<i>Middels</i>	<i>Mørkt</i>	<i>Grånende</i>	<i>Farget</i>	<i>Stripet</i>																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																	
<i>Tynt</i>	<i>Middels</i>	<i>Tykt</i>																																																																																																				
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
<i>Glatt</i>	<i>Bølget</i>	<i>Krøllet</i>	<i>Skill</i>																																																																																																			
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> <i>Venstre</i>	5 <input type="checkbox"/> <i>Høyre</i>	6 <input type="checkbox"/> <i>Midten</i>																																																																																																	
<i>Begynnende</i>	<i>Fremskreden</i>	<i>Total</i>	<i>Forhode</i>	<i>Side</i>	<i>Måne</i>																																																																																																	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																	

H  
U  
L  
L  
E  
S  
  
H  
E  
R

H  
U  
L  
L  
E  
S  
  
H  
E  
R

<b>Innhentet av:</b> Stilling : _____ Navn : _____ Adresse : _____ Telefon/E-mail : _____	Underskrift / Dato
----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

## SAKNET PERSON

Etternavn :

-----

Nr. :

(Nr. fylles ut av ID-gruppen)

Fornavn :

-----

Fødselsdato :

  Dag

  Måned

    År
Mann Kvinne 

a = Opplysninger ikke tilgjengelige

b = Foto

c = Se nærmere side G

## PERSONBESKRIVELSE (fortsatt)

a b c

37	Panne	Lav	Middels	Høy	Smal	Middels	Bred				
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>				
01	Høyde/Bredde	Fremstående	Vertikal	Vikende							
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Litt	4 <input type="checkbox"/>	Mye				
02	Skråning										
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>					
38	Øyenbryn	Rette	Buete	Sammenvokste	Smale	Middels	Kraftige				
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>				
01	Form/Fylde										
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				6 <input type="checkbox"/>
39	Øyne	Blå	Grå	Grønne	Brune	Svarte					
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
01	Farge	Lyse	Middels	Mørke	Blandet						
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>						
02	Nyanse										
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>					
03	Avstand mellom øynene	Kort	Middels	Stor							
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>							
04	Særegenheter	Skjeløyd	Blingset	Kunstig øye							
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Venstre	4 <input type="checkbox"/>	Høyre				
40	Nese	Liten	Middels	Bred	Spiss	Ørnenese	Drankernese				
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>				
01	Størrelse/Form	Merke fra briller		Annet (spesifiser)							
		1 <input type="checkbox"/>	Nei	2 <input type="checkbox"/>	Ja	3 <input type="checkbox"/>					
02	Særegenheter	Konkav	Retlinjet	Konveks	Basis ned	Horisontal	Basis opp				
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>				
03	Bue/Vinkel										
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				6 <input type="checkbox"/>
41	Skjegg	Ikke skjegg	Bart	Fippskjegg	Kinnskjegg	Fullskjegg					
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
01	Type	Blondt	Brunt	Svart	Rødt	Grått	Hvitt				
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>				
02	Farge										
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				6 <input type="checkbox"/>
42	Ører	Små	Middels	Store	Tettstilt	Middels	Utstående				
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>				
01	Størrelse/Vinkel	Sammenvokst		Piercing - spesifiser antall							
		1 <input type="checkbox"/>	Nei	2 <input type="checkbox"/>	Ja	3 <input type="checkbox"/>	Venstre				5 <input type="checkbox"/>
02	Øreflipper/Piercing										
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				6 <input type="checkbox"/>
43	Munn	Liten	Middels	Stor	Annet (spesifiser)						
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>						
01	Størrelse/Annet										
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>					
44	Lepper	Smale	Middels	Tykke	Malte	Annet (spesifiser)					
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
01	Form/Annet										
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
45	Tenner (cf. side F1/F2)	Naturlige	Ubehandlet	Behandlet	Kroner	Broer	Kunstige				
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>				
01	Tilstand	Mellomrom fortenner		Manglende tenner		Tannløs					
		1 <input type="checkbox"/>	Over	2 <input type="checkbox"/>	Under	3 <input type="checkbox"/>	Over				4 <input type="checkbox"/>
02	Mellomrom/ Manglende tenner	Delvis over	Delvis under	Full over	Full under	Merking (spesifiser)					
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
03	Proteser(gebiss)										
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
46	Røykevaner	Nei	Ja	Sigaretter	Sigarer	Pipe	Tygger snus/skrå				
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>				
01	Type										
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				6 <input type="checkbox"/>

Innhentet av:

 Stilling :  
 Navn :  
 Adresse :  
 Telefon/E-mail :

Underskrift / Dato



SAKNET PERSON

Etternavn : \_\_\_\_\_ Nr. : \_\_\_\_\_  
 (Nr. fylles ut av ID-gruppen)  
 Fornavn : \_\_\_\_\_  
 Fødselsdato :   Dag   Måned     År Mann  Kvinne

a = Opplysninger ikke tilgjengelige      b = Foto      c = Se nærmere side G

PERSONBESKRIVELSE (fortsatt)

							a	b	c	
47	<b>Hake</b>	<i>Liten</i>	<i>Middels</i>	<i>Kraftig</i>	<i>Vikende</i>	<i>Middels</i>	<i>Fremskutt</i>			
	01 Størrelse/Helling	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	/ 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
	02 Form	<i>Spiss</i>	<i>Rund</i>	<i>Firkantet</i>	<i>Kløft</i>	<i>Fure</i>				
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
48	<b>Hals</b>	<i>Kort</i>	<i>Middels</i>	<i>Lang</i>	<i>Tynn</i>	<i>Middels</i>	<i>Tykk</i>			
	01 Lengde/Form	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	/ 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
	02 Særegenheter	<i>Struma</i>	<i>Fremstående adamseple</i>	<i>Snippnr.</i>		<i>Omkrets cm</i>				
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		6 <input type="checkbox"/>				
49	<b>Hender</b>	<i>Smale</i>	<i>Middels</i>	<i>Brede</i>	<i>Små</i>	<i>Middels</i>	<i>Store</i>			
	01 Form/Størrelse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	/ 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
	02 Neglelengde	<i>Korte</i>	<i>Middels</i>	<i>Lange</i>						
	03 Særegenheter	<i>Nedbitte</i>	<i>Stelte</i>	<i>Lakkerte</i>	<i>Kunstige</i>	<i>Nikotin</i>	<i>Venstre</i> 6 <input type="checkbox"/> <i>Høyre</i>			
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
50	<b>Føtter</b>	<i>Smale</i>	<i>Middels</i>	<i>Brede</i>	<i>Plattfot</i>	<i>Høy vrist</i>				
	01 Form	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
	02 Tilstand/Negler	<i>Korte</i>	<i>Liktorn</i>	<i>Lakkerte</i>	<i>Defekte</i>					
	03 Særegenheter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	/ 3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
		(Spesifiser): _____								
51	<b>Behåring kropp</b>	<i>Intet</i>	<i>Litt</i>	<i>Middels</i>	<i>Mye</i>					
	01 Omfang	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
	02 Farge	<i>Blond</i>	<i>Brun</i>	<i>Svart</i>	<i>Rød</i>	<i>Grå</i>	<i>Hvit</i>			
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
52	<b>Kjønnsbehåring</b>	<i>Intet</i>	<i>Litt</i>	<i>Middels</i>	<i>Mye</i>	<i>Barbert</i>				
	01 Omfang	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>				
	02 Farge	<i>Blond</i>	<i>Brun</i>	<i>Svart</i>	<i>Rød</i>	<i>Grå</i>	<i>Hvit</i>			
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
53	<b>Spesielle kjennetegn</b>	<b>Nr:</b>	<b>1 Arr / Piercing</b>	<b>2 Føflekker ol.</b>	<b>3 Tatoveringer</b>	<b>4 Misdannelser</b>	<b>5 Amputeringer</b>			
	01 Hode									
	1A Hals									
	02 Høyre arm									
	03 Venstre arm									
	04 Høyre hånd									
	05 Venstre hånd									
	06 Kropp - forside									
	07 Kropp - bakside									
	08 Høyre ben									
	09 Venstre ben									
	10 Høyre fot									
11 Venstre fot										
		Andre detaljer på figur-skisse se D4.								
54	<b>Omskåret ?</b>	1 <input type="checkbox"/> Nei	2 <input type="checkbox"/> Ja	3 <input type="checkbox"/> Vet ikke						
55	<b>Andre kjennetegn</b>									

Innhentet av: Stilling : \_\_\_\_\_ Underskrift / Dato : \_\_\_\_\_  
 Navn : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Telefon/E-mail : \_\_\_\_\_

H  
U  
L  
L  
E  
S

H  
E  
R

H  
U  
L  
L  
E  
S

H  
E  
R

SAKNET PERSON

Etternavn : \_\_\_\_\_

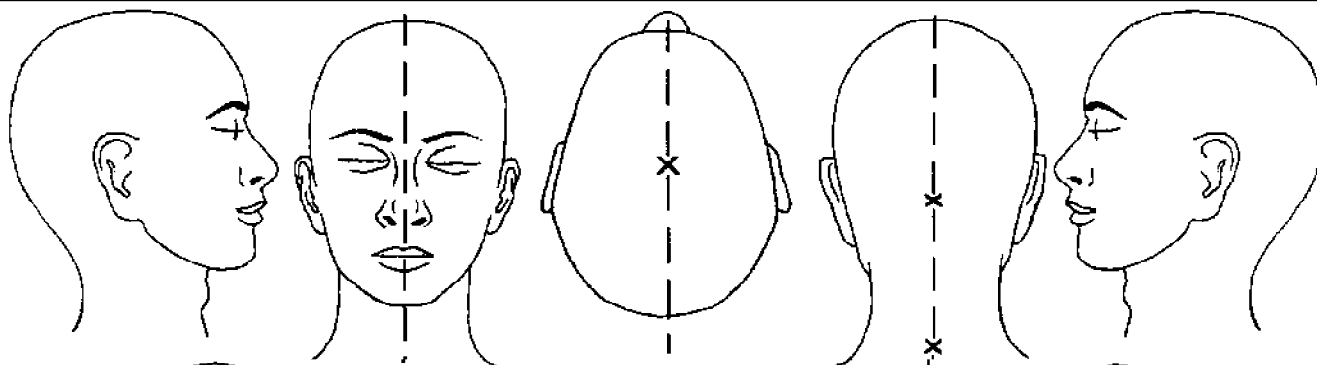
Nr. : \_\_\_\_\_  
(Nr. fylles ut av ID-gruppen)

Fornavn : \_\_\_\_\_






Fødselsdato :   Dag   Måned     År

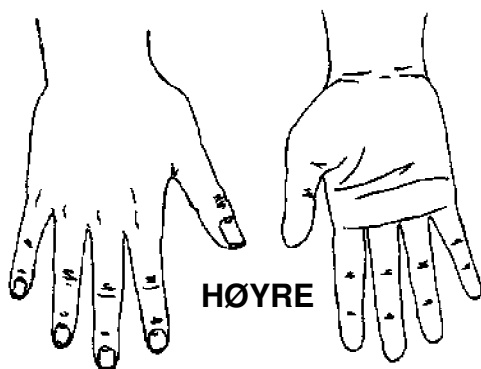
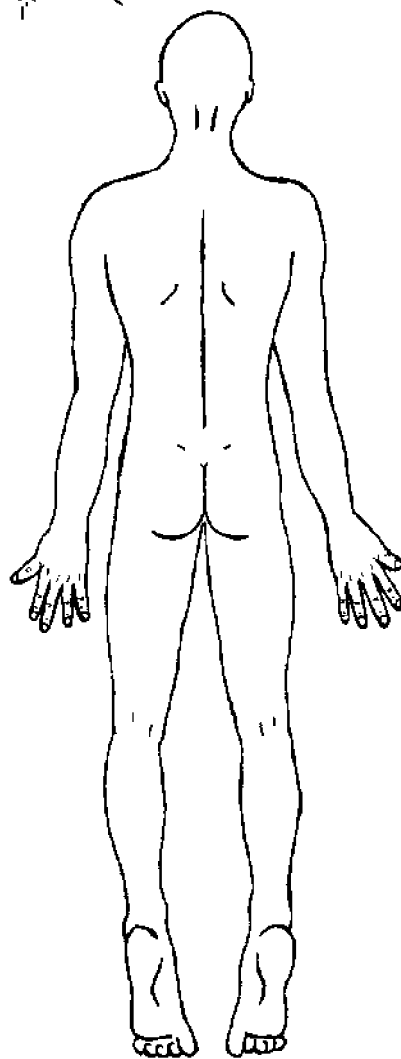
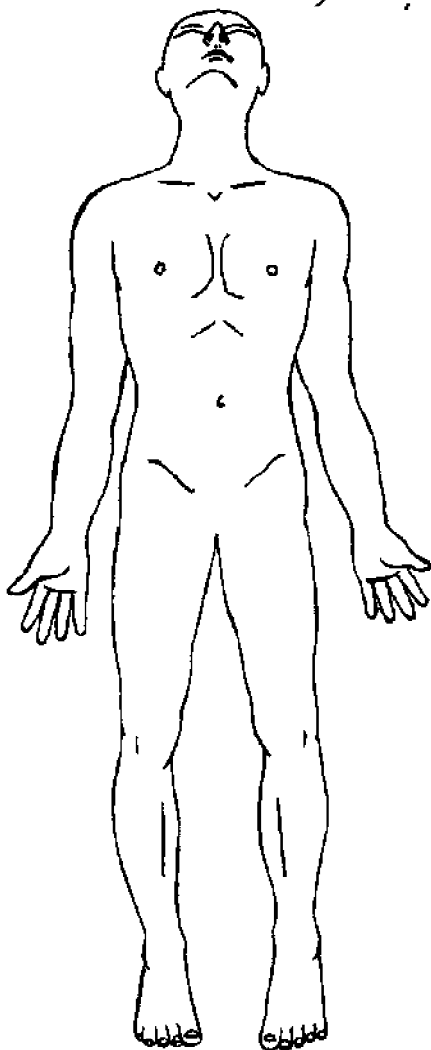
Mann  Kvinne

PERSONBESKRIVELSE (beskrevet i felt 53)

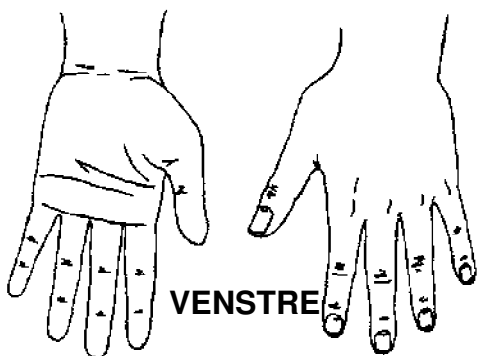


Marker på skissen

- Arr/Piercing  Tegn
- Føflekker ol.  Tegn
- Tatoveringer  Tegn
- Misdannelser  Tegn
- Amputeringer  Tegn



HØYRE



VENSTRE

H  
U  
L  
L  
E  
S  
  
H  
E  
R

H  
U  
L  
L  
E  
S  
  
H  
E  
R

<b>SAKNET PERSON</b>		<b>Nr. :</b> _____
<b>Etternavn</b>	:	-----
<b>Fornavn</b>	:	-----
<b>Fødselsdato</b>	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>Dag</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Måned</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>År</i>
		<i>Mann</i> <input type="checkbox"/> <i>Kvinne</i> <input type="checkbox"/>

**MEDISINSKE OPPLYSNINGER (gitt av slektninger eller andre)**

<b>56</b>	<b>Helsetilstand</b> (Beskriv tidligere og nåværende sykdommer og/eller behandlinger)	
<b>57</b>	<b>Medisinbruk</b> (Hvilke medisiner oppbevares på bopel ?)	

**MEDISINSKE OPPLYSNINGER (Hvis ikke gitt av beh. lege "A2-15", spesifiser fra hvem)**

<b>58</b>	<b>01</b> Fast/ Tilfeldig pasient?  <b>SYKEJOURNAL:</b> <b>02</b> Symptomer <b>03</b> Funn <b>04</b> Diagnoser <b>05</b> Behandlinger <b>06</b> Resepter <b>07</b> Henv. til spesialist <b>08</b> Operasjonsarr <b>09</b> Andre arr <b>10</b> Bruddskader <b>11</b> Manglende organer <b>12</b> Sykehusinnleggelses <b>13</b> Annet  <b>MISBRUK/AVHENGIGHET:</b> <b>14</b> Tobakk <b>15</b> Alkohol <b>16</b> Medisiner <b>17</b> Narkotika  <b>SMITTSOMME SYKDOMMER:</b> <b>18</b> Hepatit <b>19</b> AIDS <b>19A</b> Tuberkulose <b>20</b> Annet  <b>Vedr. KVINNER:</b> <b>21</b> Graviditet <b>22</b> Fødsler <b>23</b> Hysterektomi  <b>IMPLANTER (kunstige):</b> <b>24</b> Spiral o.l.  <b>25</b> Andre planter	Nr:	
			<i>Metall</i> <i>Plast</i> <i>Beskriv:</i> <b>1</b> <input type="checkbox"/> <b>2</b> <input type="checkbox"/>

<b>59</b>	<b>Blodtype</b>	
-----------	-----------------	--

Fortsettes i felt 66 (Feltene 60 - 65 finnes kun i PM-skjema)

<b>Innhentet av:</b> Stilling    : Navn         : Adresse    : Telefon/E-mail :	Underskrift / Dato
------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

SAKNET PERSON		
Etternavn	:	_____
Fornavn	:	_____
Fødselsdato	:	<input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Måned <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> År
		Nr. : _____ (Nr. fylles ut av ID-gruppen)
		Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/>

## MEDISINSKE OPPLYSNINGER (forts.)

<b>66</b>	<b>Rettsmedisiners sammenfatning av innholdet i sykejournaler etc.</b>	
	<b>Sykejournal(er) utlånt av (lege/sykehus):</b> Navn Adresse  Telefon/E-mail	

## MEDISINSKE OPPLYSNINGER AV SPESIELL INTERESSE

<b>67</b>	<b>Røntgenbilder, som viser spesielle forhold</b>	
<b>68</b>	<b>Fjernede organer</b>	
<b>69</b>	<b>Proteser</b>	
<b>70</b>	<b>Andre kunstige hjelpemidler</b>	

Fortsettes i felt 76 (Feltene 71 - 75 finnes kun i PM-skjema)

<b>Innhentet av:</b> Stilling : Navn : Adresse : Telefon/E-mail :	Underskrift / Dato
-------------------------------------------------------------------------------	--------------------

<b>SAKNET PERSON</b>		<b>Nr. :</b> _____
<b>Etternavn</b> :	-----	(Nr. fylles ut av ID-gruppen)
<b>Fornavn</b> :	-----	
<b>Fødselsdato</b> :	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>Dag</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Måned</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>År</i>	Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/>

c = Yderligere opplysninger på side G

H  
U  
L  
L  
E  
S

H  
E  
R

<b>DNA</b>		<b>C</b>			
<b>93</b>	<b>Referencer</b> Savnet person	Prøvens art: Laboratoriereferanse: _____			
	1. Reference	Navn/Adresse: _____ Nationalt ID-nummer: <input type="text"/> Biologisk slægtskab: _____      Laboratoriereferanse: _____ Kontaktperson på laboratoriet: _____      Laboratoriets kvalitetsstandard: _____			
	2. Reference	Navn/Adresse: _____ Nationalt ID-nummer: <input type="text"/> Biologisk slægtskab: _____      Laboratoriereferanse: _____ Kontaktperson på laboratoriet: _____      Laboratoriets kvalitetsstandard: _____			
	3. Reference	Navn/Adresse: _____ Nationalt ID-nummer: <input type="text"/> Biologisk slægtskab: _____      Laboratoriereferanse: _____ Kontaktperson på laboratoriet: _____      Laboratoriets kvalitetsstandard: _____			
<b>94</b>	<b>DNA profil</b>	Savnet person	1. Reference	2. Reference	3. Reference
	D3S1358				
	VWA				
	D16S539				
	D2S1338				
	Amelogenin				
	D8S1179				
	D21S11				
	D18S51				
	D19S433				
	TH01				
	FGA				
	TPOX				
	CSF1PO				
	D13S317				
	D7S820				
D5S818					
Penta D					
Penta E					
FES					
F13A1					
F13B					
SE33					
CD4					
GABA					
<b>95</b>	<b>Kontrolleret af</b>	Dato	Signatur		

H  
U  
L  
L  
E  
S

H  
E  
R

<b>Innhentet av:</b>	Underskrift / Dato
Stilling :	
Navn :	
Adresse :	
Telefon/E-mail :	

SAKNET PERSON	
<b>Etternavn</b> :	_____
<b>Fornavn</b> :	_____
<b>Fødselsdato</b> :	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>Dag</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Måned</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>År</i>
	<b>Nr. :</b> _____ <i>(Nr. fylles ut av ID-gruppen)</i>
	<b>Mann</b> <input type="checkbox"/> <b>Kvinne</b> <input type="checkbox"/>

TANNLEGEOPPLYSNINGER	
<b>76</b>	<b>Missing Persons address</b> (se A1 felt 10)
<b>77</b>	<b>Meldt saknet</b> <i>Dag</i> <i>Måned</i> <i>År</i>
<b>78</b>	<b>Omstendigheter rundt forsvinningen</b>
<b>79</b>	<b>Tannopplysninger fra familiemedlemmer og/eller andre</b>  01 Opplysn. i D2 felt 45    1 <input type="checkbox"/> <i>Nei</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i>

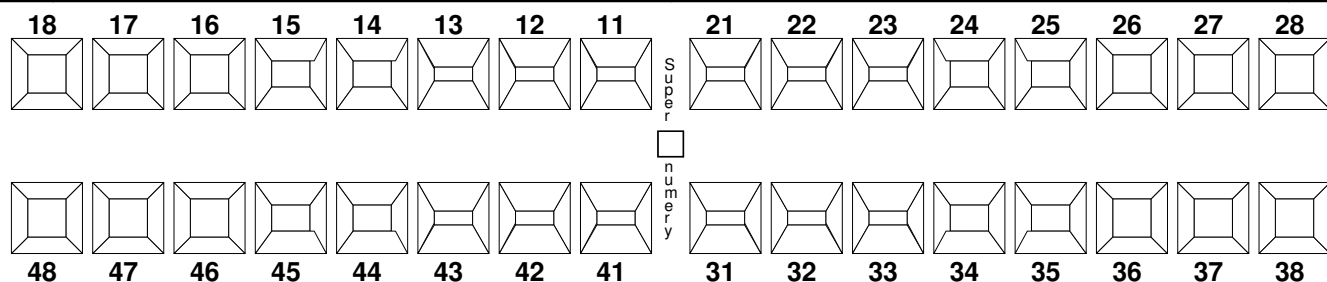
TANNDATA INNHENTET FRA	
<b>80</b>	<b>Tannlege/Institusjon</b> Adresse Telefon/E-mail Behandlingsperiode <i>Fra</i> _____ <i>Til</i> _____ <input type="checkbox"/> <i>Journal</i> <input type="checkbox"/> <i>Røntgen</i> <input type="checkbox"/> <i>Modeller</i> <input type="checkbox"/> <i>Foto</i> DOKUMENTENE oppbevares ved
<b>81</b>	<b>Tannlege / Institusjon</b> Adresse Telefon/E-mail Behandlingsperiode <i>Fra</i> _____ <i>Til</i> _____ <input type="checkbox"/> <i>Journal</i> <input type="checkbox"/> <i>Røntgen</i> <input type="checkbox"/> <i>Modeller</i> <input type="checkbox"/> <i>Foto</i> DOKUMENTENE oppbevares ved
<b>82</b>	<b>Tannlege / Institusjon</b> Adresse Telefon/E-mail Behandlingsperiode <i>Fra</i> _____ <i>Til</i> _____ <input type="checkbox"/> <i>Journal</i> <input type="checkbox"/> <i>Røntgen</i> <input type="checkbox"/> <i>Modeller</i> <input type="checkbox"/> <i>Foto</i> DOKUMENTENE oppbevares ved

Fortsettes i felt 86 (Feltene 83 - 85 finnes kun i PM-skjema)

<b>Innhentet av:</b> Stilling    : Navn        : Adresse    : Telefon/E-mail :	Underskrift / Dato
-----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

<b>SAKNET PERSON</b>			<b>Nr. :</b> _____
<b>Etternavn</b>	:	-----	<small>(Nr. fylles ut av ID-gruppen)</small>
<b>Fornavn</b>	:	-----	
<b>Fødselsdato</b>	:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <i>Dag</i> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <i>Måned</i> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <i>År</i>	<b>Mann</b> <input type="checkbox"/> <b>Kvinne</b> <input type="checkbox"/>

86 TANNFORHOLD i permanente tenner (Oppgi midlertidige tenner spesielt)		
11		21
12		22
13		23
14		24
15		25
16		26
17		27
18		28



48		38
47		37
46		36
45		35
44		34
43		33
42		32
41		31

<b>87</b>	<b>Spesielle behandlinger</b> <small>Kroner, broer, proteser og planter</small>	
<b>88</b>	<b>Andre opplysninger.</b> <small>Okklusjon, slitasje anomalier, røyking, periodontitt m.m.</small>	
<b>89</b>	<b>Røntgenbilder</b> <small>Type, region og år</small>	
<b>90</b>	<b>Annet materiale</b>	
<b>91</b>	<b>Alder ved forsvinningen</b>	

H  
U  
L  
L  
E  
S  
  
H  
E  
R

H  
U  
L  
L  
E  
S  
  
H  
E  
R

SAKNET PERSON

Etternavn : \_\_\_\_\_

Nr. : \_\_\_\_\_

(Nr. fylles ut av ID-gruppen)

Fornavn : \_\_\_\_\_

Fødselsdato :   Dag   Måned     År

Mann  Kvinne

Ytterligere opplysninger (oppgi rubriknummer ved henvisning til tidligere sider)

92

H  
U  
L  
L  
E  
S

H  
E  
R

H  
U  
L  
L  
E  
S

H  
E  
R



# SKJEMA FOR IDENTIFISERING AV OFRE

## SILHUET-TEGNINGER

Velg den mest passende tegning og marker feltet på sidene D1 og D2

34

02 Hodet sett forfra



1 *Ovalt*



2 *Pæreformet*



3 *Pyramideform*



4 *Rundt*



5 *Rektangulært*

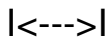


6 *Firkantet*

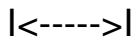
03 Hodet fra siden



1 *Kort*



2 *Middels*



3 *Lang*

40

03 Nese - Bue/Vinkel



1 *Konkav*



2 *Retlinjet*



3 *Konveks*



4 *Basis ned*



5 *Horisontal*



6 *Basis opp*

42

02 Øreflipper



1 *Ikke sammenvokst*



2 *Sammenvokst*

# KATASTROFEIDENTIFIKATION

## BRUGSANVISNING FOR DET GULE ANTE-MORTEM (AM) FORMULARSÆT

Skriv altid tydeligt!

### I. ALMENT

AM-formularerne tilsigter en systematisk opstilling af alle de oplysninger, som fremskaffes om en savnet person, hvilket letter arbejdet, når oplysningerne siden skal sammenlignes med data registreret på de røde PM-formularer vedrørende de på katastrofestedet omkomne.

**VIGTIGT:** Anfør enhver oplysning, der kan fremskaffes, på formularen; man kan aldrig vide, hvilke data der vil fremkomme fra katastrofestedet.

**BEMÆRK:** Det er vigtigt at fremskaffe og fremsende detaljerede oplysninger så hurtigt som muligt.

Hvor det er muligt bør de relevante afsnit-numre benyttes til beskrivelsen.

EKSEMPEL: Formular C1- anfør tallet "0203" i "Nr"-kolonnen i afsnit 24 for at angive en pullover - og beskriv materiale m.m. i de relevante felter.

Overalt, hvor det har været muligt, er der indsat kvadrater, som blot skal afkrydses. Anvend så mange af dem som muligt; det vil lette EDB-behandlingen af oplysningerne og endvidere gøre det muligt uden oversættelse at håndtere rapporter udfyldt på et fremmed sprog (inter-pols medlemslande benytter alle det samme formularsæt).

Af samme grund er opstillingen helt ensartet i AM- og PM-formularerne.

Enkelte felter i AM-formularen er blændet, idet oplysningerne til disse felter kun omhandler liget og således kun anføres på PM-formularen.

### II. DE GULE AM-formularer

**Formular A1 & A2** Personalialia vedrørende det mulige offer/den savnede person.

**Formular B** Findes ikke; reserveret beskrivelsen af den døde person (rød formular)

**Formular C1 - C3** Beskrivelse af effekter. Anvend:  
C1 - for beklædning og sko,  
C2 - for personlige effekter,  
C3 - for smykker.

**Formular D1 - D4** Person-beskrivelse. Anvend:  
D1 - D3 for den fysiske beskrivelse af den savnede person og  
D4 for markering af ydre kendetegn (tatoveringer og lign.).

Denne instruktion er til trykning på side 2 af AM-omslaget.

**Formular E1 & E2**

For alle lægeoplysninger som kan bidrage til identifikationen.

**Formular F1 & F2**

Tandlægeoplysninger (jfr. instruks på bagsiden af F1).

**Formular G**

Til alle yderligere notater, som kan bidrage til identifikationen og/eller til beskrivelse fra en foranstående formular (C til F), hvor der ikke var plads nok.

OBS: Fotografier af beklædning og smykker, som er nævnt på de respektive formularer, kan blive af stor værdi ved sammenligningen med genstande fundet på katastrofestedet. Vedlæg sådanne fotografier.

# INTERPOLs Person Identifikations Formular, Afsnit F1 og F2

ALMENT

INTERPOLs "Person Identifikations Formular" består af flere afsnit - opdelt i to grupper:

- 1) GULE SIDER - til notat af alle signalementsoplysninger vedrørende en savnet person.
- 2) RØDE SIDER - til notat af alle fund vedrørende en ukendt dødfunden person.

Identifikation af en ukendt død person kan blive mulig, såfremt data anført på de røde sider vedrørende denne person kan sammenlignes med, og viser sig at stemme med, data anført på de gule sider vedrørende en bestemt savnet person. Såfremt identifikationen lykkes, vil de medvirkende sagkyndige udfylde en "Person Identifikations Rapport" denne er forudsætningen for, at der kan udstedes dødsattest - og for at liget derefter kan udleveres til begravelse.

Identifikation af en ukendt dødfunden person kan gennemføres på flere måder, alt efter hvilke data der er til rådighed. INTERPOLs Person Identifikations Formular er bygget op således, at afsnit, der omhandler samme slags data, er mærket med samme store bogstav i øverste højre hjørne. Ved identifikation på grundlag af tænder og tandforhold skal siderne F1 og F2 (gule), og siderne F1 og F2 (røde), benyttes. På grund af det fagsprog, som her anvendes, bør disse sider kun udfyldes af en retsodontologisk trænet tandlæge.

## BRUGSANVISNING - F1 OG F2 (gule)

På disse sider anføres alle tandoplysninger, som har kunnet skaffes fra den eller de tandlæger som har behandlet den savnede eller fra anden side.

På side F1 bedes det påset, at referencenummeret er klart læseligt, og at kønnet er tydeligt angivet (afkrydsningsfelterne foroven). Udfyld så detaljeret som muligt felterne længere nede. Under "Omstændigheder ved pågældendes forsvinden" anføres det kortest mulige udtræk af politirapporten. Under "Oplysninger om tandforhold, givet af pårørende eller andre" anføres alle supplerende oplysninger, der er indhentet af politiet. Anmod politiet om at fremskaffe - og anfør nøjagtigt navn, adresse og telefon på de tandlæger/institutioner, som tandjournaler m.m. er indhentet fra; husk at anføre de respektive behandlingsperioder (hele år). Skrevne journaler bør foreligge i original eller i god fotokopi. Kontroller, at alle journaler, røntgenbilleder, modeller og fotografier er tydeligt mærkede med patientens navn, tandlægens navn, og optagelsesdato; manglende mærkning må du selv tilføje.

På side F2 anføres den savnede persons senest kendte tandstatus. Denne status kan kun etableres som et uddrag - og en ordnet opstilling - af de data, der findes angivet i en eller flere tandjournaler - eller som fremgår af røntgenbilleder, modeller, fotografier eller andet foreliggende materiale. Begynd med det seneste notat i den skrevne journal og arbejd dig baglæns opad; på denne måde kan alle tidligere behandlinger, som nu er "dækket" af senere behandling, lades ude af betragtning. Angiv tandflader med store bogstaver: M = mesial, O = okklusal, D = distal, V = vestibulær og L = lingval. Hvis der benyttes andre forkortelser, bedes disse forklaret i et af felterne længere nede.

**BEMÆRK:** Der skal kun anføres de behandlinger/tilstande, som rent faktisk står beskrevet i journalen eller som på anden måde fremgår af det foreliggende materiale! - Herefter bedes du på odontogrammet indtegne placeringen og udstrækningen af alle fyldninger og andre tilstande, som forefindes ifølge din egen ordnede opstilling af status. Benyt farve-adskillelse ved at bruge sort for amalgam, rød for guld og grønt for tandfarvet materiale. Tænder, der er trukket ud eller ikke anlagt, mærkes med et stort kryds (X) over det pågældende kvadrat. Dersom tandlægens journal omfatter et odontogram, må du sammenligne dette med dit eget og sikre dig, at de stemmer overens. I tvivlstilfælde bør du altid kontakte tandlægen personligt. Dersom der foreligger røntgenbilleder og/eller andet materiale, skal type, optagelses- eller fremstillingsår, og de gengivne tænder, anføres i felterne forneden. Anfør endeligt den savnedes alder på tidspunktet for hans/hendes forsvinden.

Når side F2 er udfyldt, bedes du maskinskrive dit navn, din adresse og dit telefonnummer (eller brug dit stempel) i feltet forneden på side F1. Til sidst anføres datoen for udfærdigelsen over din personlige underskrift. Husk - dette er et retsligt dokument, hvorfor du bør sikre dig kopi til eget arkiv. Tag også kopier af alle originale journaler og andet fremlagt materiale, førend dette returneres til tandlægen.

(Denne instruktion er til trykning på bagsiden af AM-F1)