

Name, Vorname:

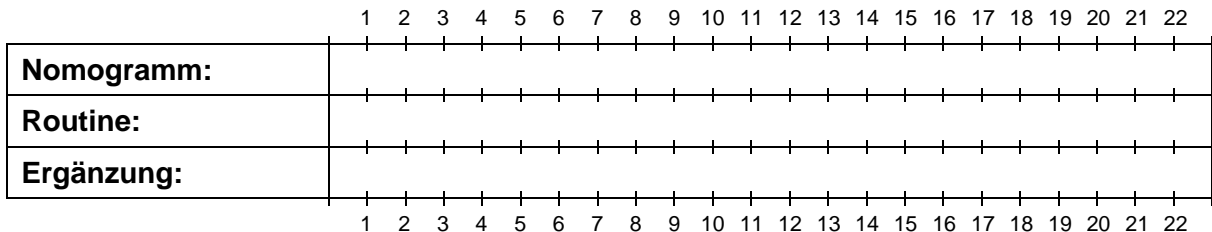
Geburtsdatum, SN-Nummer:

Strasse, Wohnort:

ROUTINE							
LIVORES							
Beginn	JA	<input type="checkbox"/>	Ø	< 3	<input type="checkbox"/>	NEIN	Cave: - Anämie - Beleuchtung - Hautkolorit
Konfluktion	JA	<input type="checkbox"/>	> 1	< 4	<input type="checkbox"/>	NEIN	
Maximum	JA	<input type="checkbox"/>	> 3	< 16	<input type="checkbox"/>	NEIN	
Daumendruck	NEIN	<input type="checkbox"/>	> 1	< 20	<input type="checkbox"/>	JA	
RIGOR							
Beginn	JA	<input type="checkbox"/>	> 0.5	< 7	<input type="checkbox"/>	NEIN	
Maximum	JA	<input type="checkbox"/>	> 2	< 20	<input type="checkbox"/>	NEIN	
ELEKTRIK							
I lokal Oberlid	NEIN	<input type="checkbox"/>	> 5	< 22	<input type="checkbox"/>	JA	Cave: - Lidhämatom - frisches Lidemphysem - lange Agonie
II 1/3 - 2/3 Oberlid	NEIN	<input type="checkbox"/>	> 5	< 16	<input type="checkbox"/>	JA	
III ganzes Oberlid	NEIN	<input type="checkbox"/>	> 3.5	< 13	<input type="checkbox"/>	JA	
IV plus Unterlid	NEIN	<input type="checkbox"/>	> 3	< 8	<input type="checkbox"/>	JA	
V plus Stirn	NEIN	<input type="checkbox"/>	> 2	< 7	<input type="checkbox"/>	JA	
VI plus Wange	NEIN	<input type="checkbox"/>	> 1	< 6	<input type="checkbox"/>	JA	

ERGÄNZUNG							
idiomuskulärer Wulst	NEIN	<input type="checkbox"/>	> 1.5	< 2.5	<input type="checkbox"/>	JA	Sehnenphänomen idiomuskulärer Wulst
				< 13	<input type="checkbox"/>	JA	
Livor. vollst. verlagerbar	NEIN	<input type="checkbox"/>	> 2	< 6	<input type="checkbox"/>	JA	Livor. vollst. verlagerbar Livor. unvollst. verlager.
Livor. unvollst. verlager.	NEIN	<input type="checkbox"/>	> 4	< 24	<input type="checkbox"/>	JA	
Rigor Wiederbildung	NEIN	<input type="checkbox"/>	> 2	< 8*	<input type="checkbox"/>	JA	Rigor Wiederbildung
Adrenalin	NEIN	<input type="checkbox"/>	> 14	< 46	<input type="checkbox"/>	JA	Adrenalin

* in Einzelfällen bis zu 10 h



Datum / Zeit: **ERGEBNIS** vorläufig (LI) definitiv (ON)

der Untersuchung

Arzt / Visum: **TODESZEIT** zwischen und