

Anleitung

zur standardisierten Skelettdokumentation

in der Staatssammlung für Anthropologie und Paläoanatomie
München

Teil III: Körpergräber von Kindern und Jugendlichen

August 2019

STAATSSAMMLUNG FÜR
ANTHROPOLOGIE UND
SAPM
PALÄOANATOMIE MUC



staatliche
naturwissenschaftliche
sammlungen bayerns

Bernd Trautmann, Michaela Harbeck
Staatssammlung für Anthropologie und
Paläoanatomie
Karolinenplatz 2a
80333 München
www.sapm.mwn.de

Impressum

Herausgeber: Staatssammlung für Anthropologie und Paläoanatomie, Karolinenplatz 2a, 80333 München

1. Auflage, publiziert online unter www.sapm.mwn.de, Oktober 2019

Kontakt: trautmann@snsb.de, harbeck@snsb.de

© Staatssammlung für Anthropologie und Paläoanatomie soweit nicht anders gekennzeichnet. Das Copyright der Abbildung verbleibt bei den zitierten Autoren.

ISBN 978-3-00-048338-7

Inhaltsverzeichnis

1 Formale Angaben	1
<i>Präinventar und Erhaltungsgrad</i>	1
<i>Dokumentationsbögen</i>	2
2 Inventar	3
<i>Kopfzeile</i>	3
<i>Ankreuzinventar</i>	3
<i>Skelettskizze</i>	3
<i>Weitere Beobachtungen</i>	4
<i>Abkürzungen</i>	4
3 Alters-/Geschlechtsbestimmung	5
<i>Altersbestimmung</i>	5
<i>Geschlechtsbestimmung</i>	9
4 Zahnstatus	11
<i>Zahninventar</i>	11
<i>Zahnstein</i>	11
<i>Karies</i>	12
<i>Abrasion</i>	12
<i>LEH</i>	13
<i>Bemerkungen</i>	14
<i>Zahnanzahl</i>	14
5 Osteometrie	14
6 Besonderheiten	15
<i>Ankreuzbogen</i>	15
<i>Cribra orbitalia</i>	16
<i>Deskriptive Beschreibung</i>	20
<i>Lokalisation</i>	20
<i>Ausmaß und ggf. Form</i>	21
<i>Genau Darstellung</i>	21
<i>Auflagerung an Langknochen</i>	21
<i>Beschreibung von Traumata</i>	22
<i>Systemische Erkrankungen</i>	23
7 Probenentnahme	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Literatur	24

Vorbemerkung

Diese Richtlinien und die angehängten Befundbögen sind für Skelettfunde aus Körpergräbern vorgesehen, die nicht erwachsenen sind, also die Altersklassen Infans I bis Juvenis umfassen (Tab. 1). Für vollständig ausgereifte Individuen verwende man die entsprechenden Befundbögen für erwachsene Individuen.

Tab. 1: Einteilung in Altersklassen

Altersklasse	Jahre
Neonatus	0-1
Infans I	1-6
Infans II	7-12
Juvenis	13-20

1 Formale Angaben

Es sind die geforderten Angaben zu Skelettidentifikation und Bearbeitung, soweit bekannt, auszufüllen. Zusätzlich werden auf diesem Dokumentationsbogen folgende Angaben gemacht:

Präinventar und Erhaltungsgrad

Es werden folgende Punkte beurteilt:

- **Vollständigkeit:** Vorhandensein und Vollständigkeit von Skelettelementen
- **Oberflächenerhaltung:** Abrasion und/oder taphonomische Veränderung der Knochenoberfläche
- **Fragmentierungsgrad:** Zerteilung eines Skelettelementes aufgrund taphonomischer und/oder bergungsbedingter Prozesse

Die Beurteilung erfolgt mittels Zahlenwerten nach Tabelle 2.

Tab. 2: Beurteilung des taphonomischen Erhaltungsgrades von Skelettfunden (aus Grupe et al. (2015)):

Index	Vollständigkeit	Knochenoberfläche	Fragmentierung
0	Skelettelement fehlt bzw. kann nicht bewertet werden	Skelettelement fehlt bzw. kann nicht bewertet werden	Skelettelement fehlt bzw. kann nicht bewertet werden
1	vollständig (mehr als 75 % überliefert)	Oberfläche intakt (mehr als 75 % bewertbar)	nicht fragmentiert (weniger als 25 % fragmentiert)
2	teilweise erhalten (25 %-75 % überliefert)	Oberfläche angegriffen (25 %-75 % bewertbar)	teilweise fragmentiert (25 %-75 % fragmentiert)
3	kaum erhalten (weniger als 25 % überliefert)	Oberfläche erodiert (weniger als 25 % bewertbar)	stark fragmentiert (mehr als 75 % fragmentiert)

Weiterhin werden zu folgenden Punkten deskriptive, freitextliche Angaben gemacht:

- **Verfärbungen:** bitte genaue Lokalisation der Verfärbung, ihr Ausmaß und die Farbe angeben

- Taphonomische Besonderheiten: Treten taphonomisch bedingte Veränderungen auf, die nicht durch die Punkte Vollständigkeit, Knochenoberfläche und Fragmentierung beschrieben werden können, sind diese deskriptiv (und fotografisch) so genau wie möglich zu erfassen. Dabei kann es sich beispielsweise um Bissspuren von Tieren, Brushitbildungen oder Spuren von (prä-)historischem Grabraub handeln (siehe hierfür z.B. Grupe et al. (2015))

Dokumentationsbögen

Es werden diejenigen Dokumentationsbögen angekreuzt, die bei dem zu dokumentierenden Skelett Verwendung gefunden haben. Es sollen grundsätzlich so viele Dokumentationsbögen wie möglich eingesetzt werden, limitierend kann hier nur der Erhaltungsgrad wirken. So ist beispielsweise vorstellbar, dass nur wenige postkraniale Fragmente vorliegen, so dass der Zahnstatus nicht beurteilt werden kann. Selten dürfte es auch vorkommen, dass die entsprechenden Merkmale von Schädel und Becken, die für die Alters- und/oder Geschlechtsbestimmung vorliegen müssen, nicht erhalten sind. In diesem Fall sind nur die Dokumentationsbögen **Formale Angaben** und **Inventar** auszufüllen, und ggf. herangezogene Merkmale zur Alters- und Geschlechtsbestimmung deskriptiv zu vermerken. Im Falle des Inventars und des Zahnstatus kann der Bearbeiter, je nach Alter des zu bearbeiteten Individuums, einen passenden Bogen wählen. In jedem Fall ist der Dokumentationsbogen 6 (**Besonderheiten**) auszufüllen, da mit diesen auch die mangelnde Beurteilbarkeit dokumentiert wird.

2 Inventar

Für die Kinder und Jugendlichen werden drei verschiedene Inventarbögen zur Verfügung gestellt. Ein Bogen für neonate Individuen (0-1 Jahr = Inventar 2a), ein Bogen für jüngere Kinder (Infans I-II = Inventar 2b) sowie ein Bogen für ältere Kinder bzw. Jugendliche (Infans II-Juvenis = Inventar 2c).

Kopfzeile

Prinzipiell werden bei allen folgenden Befundbögen in der Spalte *Skelettidentifikation* eindeutige Angaben zum bearbeiteten Skelett wiederholt um eine spätere Zuordnung zu ermöglichen. Bewährt hat sich beispielsweise die Angabe des Fundortes und der Grabnummer (ggf. zusätzlich Befundnummer aufführen, sollten mehrere Individuen pro Grab vorhanden sein).

Ankreuzinventar

Es wird bei Vorhandensein des angegebenen Skelettelements ein Kreuz gemacht, dabei ist es unwesentlich, wieviel des Elements vorhanden ist, so lange dieses sicher angesprochen werden kann. Folgende Punkte sind weiterhin zu beachten:

- Bei doppelt angelegten Skelettelementen ist ein Kreuz bei der entsprechenden vorhandenen Seite zu machen, ist die Seite nicht bestimmbar, ist bei der Spalte **nb** ein Kreuz zu setzen
- Der Langknochen wird in diesem Fall in fünf Abschnitte eingeteilt (siehe Abb. 1)
- Häufig liegen die Wirbel getrennt in Wirbelkörper und Bogen vor, die daher, auch wenn sie noch im Verbund vorliegen, getrennt aufzunehmen sind. Ist der Wirbel nicht eindeutig einzuordnen, ist die Anzahl der Wirbelbögen und -körper, wenn möglich getrennt nach Hals-, Brust- und Lendenwirbel, anzugeben.
- Rippen sind nur noch rechts und links zu unterscheiden, und die entsprechende Anzahl anzugeben. Die Anzahl von Fragmenten deren Seitenposition nicht bestimmbar ist, ist ebenfalls einzutragen
- Phalangen werden, wenn möglich, seitenbestimmt und nach Platzierung (proximal, medial, distal) eingeordnet. Eine genauere Zuweisung ist zumeist nicht nötig.

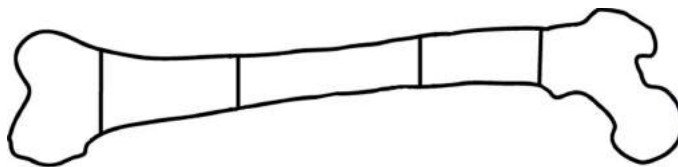


Abb.1: Exemplarische Einteilung der Langknochen in fünf Abschnitte

Skelettskizze

Zusätzlich zum Ankreuzinventar werden in der Skelettskizze die erhaltenen Anteile markiert. Hier sollte so genau wie möglich versucht werden, den überlieferten Anteil eines Skelettelementes zu schraffieren. Sollte eine Positionierung nicht möglich sein, wird auf das Schraffieren verzichtet. Sollte

dies nur mit einiger Unsicherheit möglich sein, kann diese durch ein Fragezeichen neben dem Element deutlich gemacht werden.

Weitere Beobachtungen

In diesem Feld werden alle nicht mit dem Bogen erfasste Änderungen eingetragen, die das Inventar betreffen. Beispielsweise sollten hier überflüssige, nicht zum Individuum gehörende Skelettelemente oder auch Tierknochen vermerkt werden.

Abkürzungen

- P: proximal, M: medial, D: distal
- nb: nicht bestimmbar
- C= Halswirbel, Th= Brustwirbel, L= Lendenwirbel

3 Alters-/Geschlechtsbestimmung

Altersbestimmung

Für nichterwachsene Individuen ist bis zu einem Alter von ca. 13 Jahren der Zahnstatus das genaueste und damit wichtigste Merkmal zur Altersdiagnose. Das hierfür am meisten genutzte Zahnschema veröffentlichte Ubelaker (1978) (Abb. 2), AlQahtani et al. (2010) legten 2010 ein weiteres Schema vor. Das ermittelte Alter ist in die entsprechende Zeile einzutragen zusammen mit der genutzten Methode bzw. Schema.

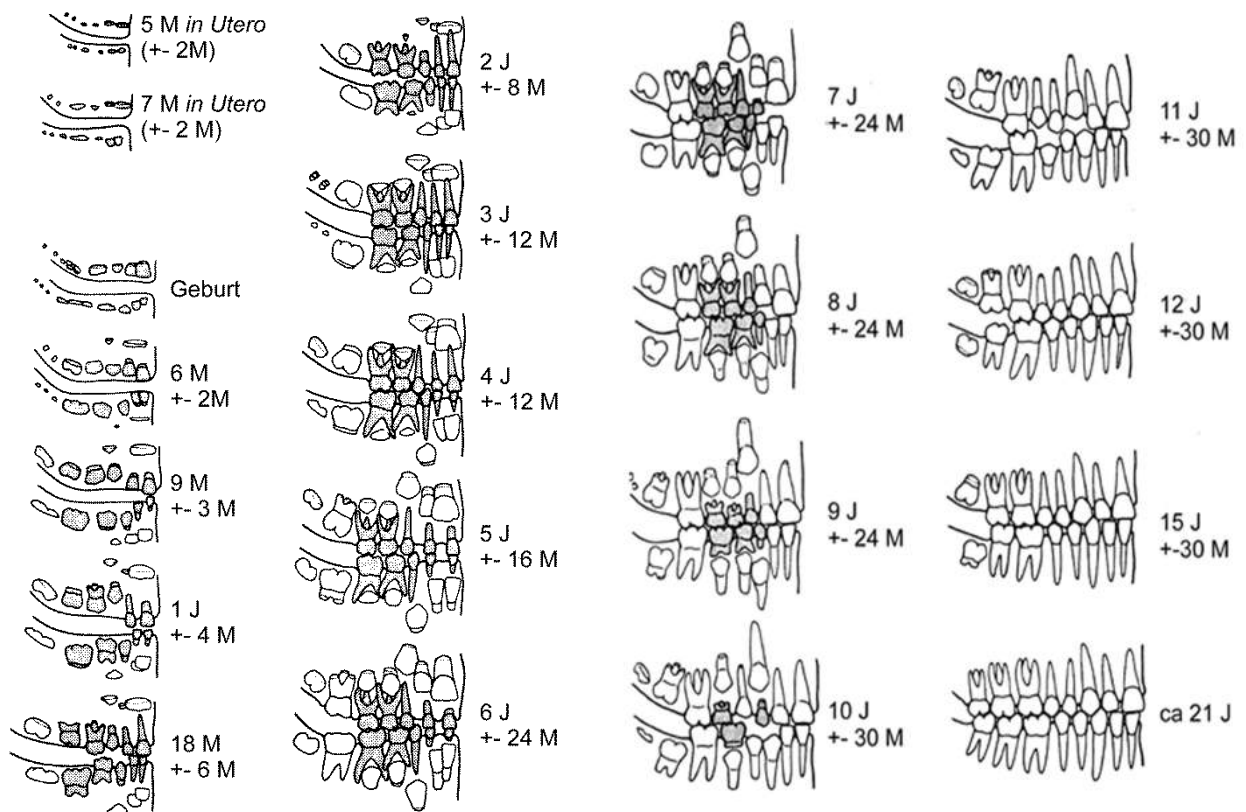


Abb. 2. Schema der Zahnentwicklung. Zähne des Milchgebisses sind gerastert. J = Jahre, M = Monate.
Abbildung: Ubelaker (1978), mit freundlicher Genehmigung des Autors

Zusätzlich oder je nach Erhaltungsgrad ausschließlich werden die Reifemerkmale des Skelettes beurteilt. Eine exzellente Übersicht über den Knochenreifungsprozess und den damit verbundenen Referenzdaten zur Altersbestimmung geben Scheuer & Black (2000), Schaefer et al. (2009) sowie Baker et al. (2005). Die wichtigsten Merkmale sind hier die Verschlusszeiten der Schädelnähte (Abb. 3), die Fusionszeiten der Wirbelanteile (Abb. 4) und der Verschluss der Epi-/Apophysen weiterer postcranialer Skelettelemente (Abb. 5). Es wird im entsprechendem Feld nur der Zustand desjenigen Merkmals notiert, welches im Rahmen der Altersbestimmung sinnvoll zum Zuge kommen kann, also eine Rolle bei der Eingrenzung der Altersspanne spielt. Neben dem Zustand des Epi-/Apophysenschlusses (offen/Naht sichtbar/geschlossen) wird der entsprechende Altershinweis angegeben. Ist beispielsweise die große *Fontanelle* geschlossen spricht dies lt. Abb. 3 für ein Alter von über 2 Jahren (anzugeben als > 2). Im Falle einer offenen Epiphysenfuge des proximalen *Humerus* muss man lt. Abb. 5 davon ausgehen, dass das betroffene Individuum wohl 20 Jahre oder jünger war (< 20), eine vollständig fusionierten Epiphyse würde hingegen auf ein Individuum von 18 Jahren oder älter hindeuten (> 18). Eine beobachtbare Knochennaht weist auf ein Alter zwischen 16 und 21 Jahren hin (16-21) etc. Zusätzliche Reifevorgänge sind ggf. Schaefer et al. (2009) zu entnehmen.

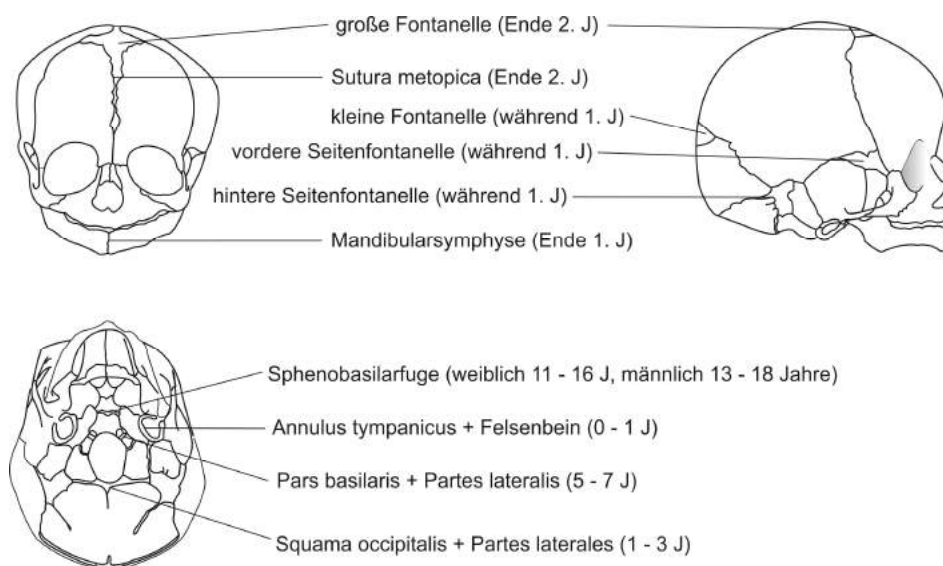


Abb. 3: Schädel eines Neugeborenen mit Verschlusszeiten bzw. Verknöcherungen der genannten Schädelstrukturen. (Zeitangaben nach Scheuer et al. (2010) Abbildung: Grupe et al. (2015)).

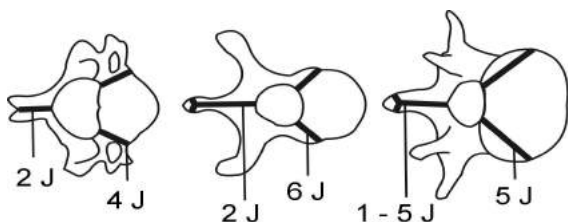


Abb. 4: Skelettreifung der Wirbelkörper. Späteste Fusionszeiten (J = Jahre) der Wirbelbögen miteinander sowie mit den Wirbelkörpern sind angegeben. links: Halswirbel (Zeiten gelten nicht für

die ersten beiden Halswirbel), mittig: Brustwirbel, rechts: Lendenwirbel. (Zeitangaben nach Scheuer et al. (2010), Abbildung: Grupe et al. (2015)).

Einen groben Hinweis auf das Skeletalter von nichterwachsenen Individuen können auch die erreichten **Längen der Langknochen** geben. Spielen sie eine Rolle für die Altersbestimmung, ist hier unter dem Feld *weitere Merkmale* ein entsprechender Verweis einzutragen, sowie das darauf basierende ermittelte Alter. Es ist weiterhin unbedingt die Methode anzugeben, die genutzt wurde, um von der Langknochenlänge auf ein Alter zu schließen. Angaben basierend auf Referenzpopulationen kann man z.B. Schaefer et al. (2010) entnehmen. Cardoso et al. (2014) publizierten empfehlenswerte Formeln für die Altersbestimmung von Kindern vor Eintritt der Pubertät (ca. 0-12 Jahre). Nach ihrer Untersuchung einer altslavischen Serie, veröffentlichten Stloukal & Hanáková (1978) Langknochenmaße von Kinder aus dem 7. - 9. Jahrhundert (Tabelle auf Seite 56 in Hermann et al. 1990). Carneiro et al. (2016) publizierten Langknochenmaße für fetale Individuen.

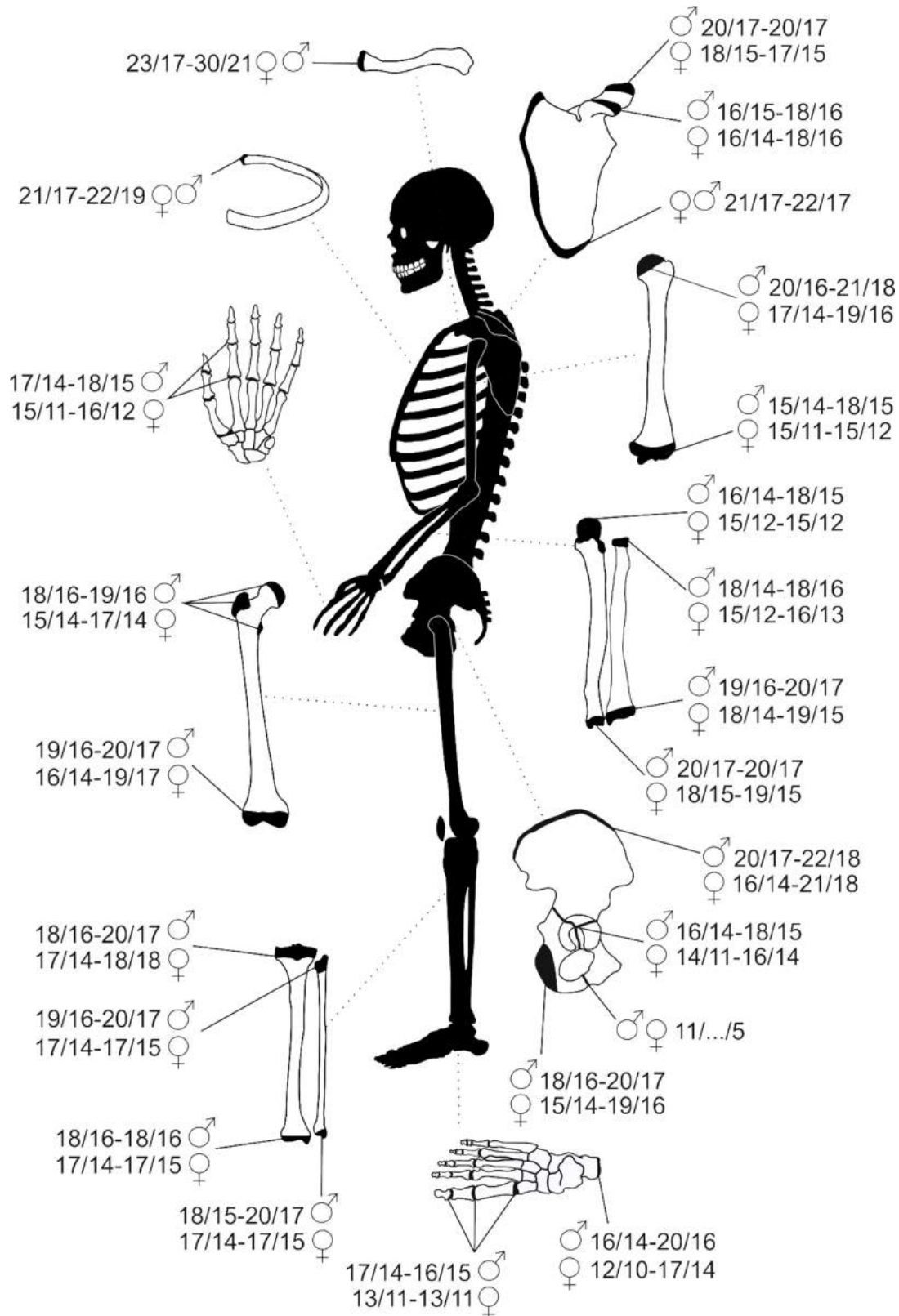


Abb. 5: Schema zur Altersdiagnose. Die Zahlen bezeichnen den kompletten knöchernen Anschluss von Epiphysen und Apophysen und sind in folgender Reihenfolge angeordnet: Alter des ältesten Individuums mit offenen Epiphysenfugen/Altersspannweite, in dem ein partieller Verschluss auftritt/ Alter des jüngsten Individuums mit komplettem Epiphysenschluss (Zeitangaben nach Schaefer et al. (2009), Abbildung: Grupe et al. (2015)).

Geschlechtsbestimmung

Die Geschlechtsbestimmung am subadulten Skelett ist generell schwierig und nur an wenigen Merkmalen des Beckens und des Schädels durchführbar. Wie beim adulten Skelett werden diese in Stufen von 1 für männlich bis 5 für weiblich bestimmt. Abstufungen zwischen diesen beiden Extremen werden mit 2 bis 4 bewertet und ein nicht bestimmbares oder nicht vorhandenes Merkmal erhält die Bewertung 0. Bei der Interpretation sei berücksichtigt, dass eine reelle Geschlechtsbestimmung bei Kindern der Altersklassen Infans I und Infans II anhand von Skelettmerkmalen nicht sehr wahrscheinlich ist.

Stadien zur Geschlechtsbestimmung:

0 = nicht bestimmbar/nicht vorhanden	3 = indifferent
1 = männlich	4 = eher weiblich
2 = eher männlich	5 = weiblich

Auch bei den Alterstufen Infans I und II können morphologisch Merkmale von Becken und der Unterkiefer zur Geschlechtsunterscheidung angegeben werden auf. Einige davon sind in Tab. 3 zusammengefasst. Weitere Merkmale sind deskriptiv zu erfassen unter dem entsprechenden Punkt zu notieren.

Tab. 3: Merkmale zur Geschlechtsbestimmung am Schädel und Becken (für genauere Beschreibung und Abbildung siehe Abbildung 6, Schutkowski (1990) sowie Grupe et al. (2015)).

Merkmal	männlich	weiblich
Becken		
<i>Arc composité</i>	verläuft entlang des lateralen Randes der <i>Facies auricularis</i>	kreuzt die Oberfläche der <i>Facies auricularis</i>
<i>Incisura ischiadica major</i>	Winkel meist kleiner und beträgt um die 90°	Winkel in der Regel weiter als bei männlichen und deutlich größer als 90°
Krümmung des Iliumkammes	stärkere Krümmung, S-Form gut ausgeprägt	nur leichte S-Form
Schädel		
Form des anterior-dentalen Bogens	der vordere Zahnbogen erscheint anterior etwas weiter und die <i>Alveoli</i> der <i>Caninii</i> ragen im Vergleich zu den angrenzenden Zähnen leicht heraus. Dies gibt dem vorderen Zahnbogen eine eher U-förmige anstatt einer parabolischen Form	der vordere Zahnbogen beschreibt eine eher runde, parabolische Krümmung
<i>Gonion</i>	ausgezogen, leicht aus der generellen Oberfläche der <i>Rami</i> herausragend	nicht ausgezogen und verläuft in einer Linie mit der Oberfläche der horizontalen <i>Rami</i>
<i>Mentum</i>	prominenter ausgebildet, Vorsprung am <i>Mentum</i> generell breiter	nicht sehr prominent, der Vorsprung am <i>Mentum</i> erscheint gering

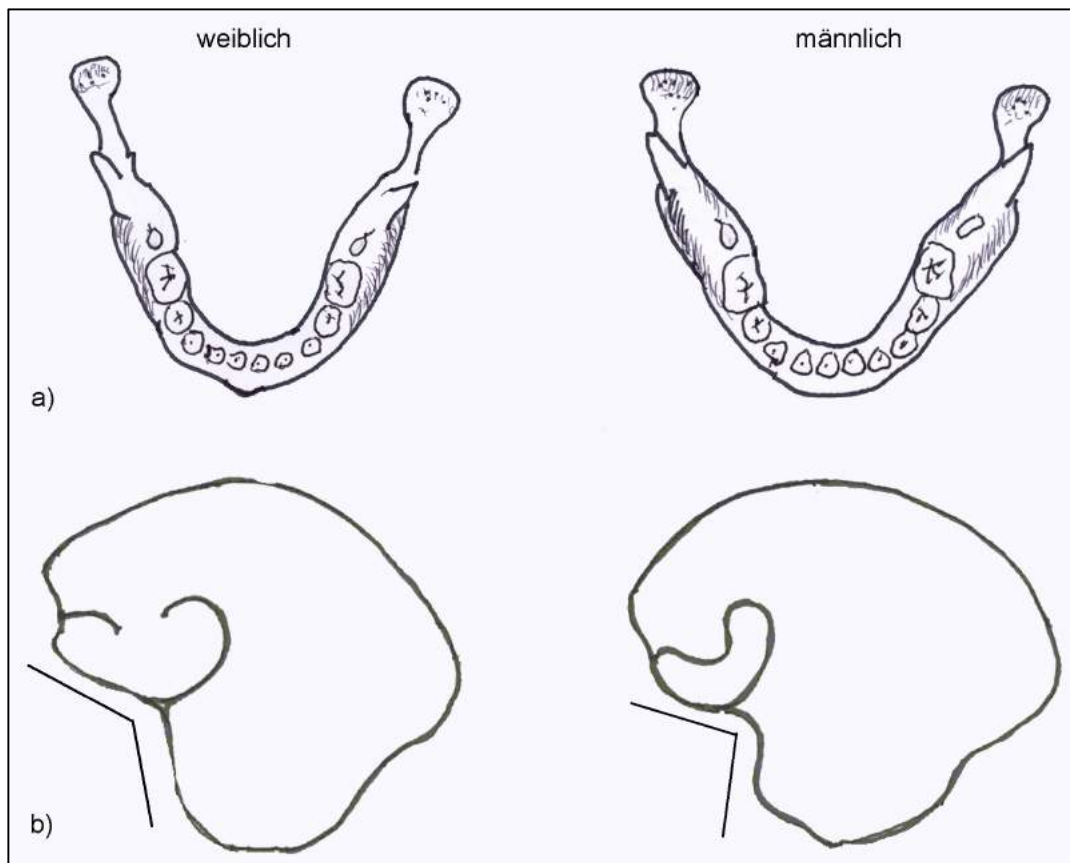


Abb. 6: Merkmale für die Geschlechtsbestimmung von nichterwachsenen Individuen (Zeichnung G. McGlynn nach Schutkowski 1990), a) Ausprägungsformen am Unterkiefer b) Ausprägungsformen am Becken)

Weitere Hinweise für den Unterkiefer finden sich auch in Molleson & Cruse (1998), Loth & Hennberg (2001), Coquerelle et al. (2011). Für Unterkiefer und Becken bei Schutkowski (1993) bzw. Olivares & Aguilera (2016). Für das Becken bei Weaver (1980) und Cardoso & Saunders (2008). Eine weitere Möglichkeit zur Geschlechtsansprache bei nichterwachsenen Individuen bieten Diskriminanzanalysen basierend auf Messstrecken verschiedener Knochen. So wurden Analysen für die Zähne veröffentlicht: Black (1978), Cardoso (2008), Cardoso et al. (2016) sowie für eine Kombination aus Maßen des Beckens und des Femur (Schutkowski 1987).

Juveniles Individuum: Wenn das **Becken schon vollständig verwachsen ist**, sollte das Geschlecht anhand der für erwachsene Individuen üblichen Merkmale beurteilt werden (siehe Richtlinien Teil I). Diese sind ggf. unter dem Punkt „Weitere Merkmale“ aufzuführen.

4 Zahnstatus

Je nach Reifungsgrad des Gebisses ist zwischen dem Bogen 4a für ein Milch- bzw. Wechselgebiss und dem Bogen 4b für ein ausgebildetes Dauergebiss zu wählen. Die Bögen unterscheiden sich darin, dass der Bogen 4a neben den Zähnen des Dauergebisses auch die Zähne des Milchgebisses aufführt. Die einzutragenden Codes etc. sind gleich, so dass diese hier im Folgenden gemeinsam abgehandelt werden können.

Zahninventar

Unter diesem Punkt wird die Vollständigkeit des Gebisses überprüft. Sollte es sich um ein Wechselgebiss/Milchgebiss handeln, ist bei dem Bogen 4a unter Zahnstatus 1 das Inventar der Dauerzähne einzugeben, unter Zahnstatus 2 das der Milchzähne. Bei der Überprüfung des Vorhandenseins der Zähne werden folgende Punkte überprüft und mit folgenden Abkürzungen in dem entsprechenden Feld angegeben:

O: Zahn vorhanden

X: intravital ausgefallen

- : postmortal ausgefallen

#: Zahn fehlt kongenital

\: Zahn ist lose (entsprechender Kieferteil fehlt)

^: Kiefer fehlt

e: Zahn bricht gerade durch bzw. ist durchgebrochen,

u: Zahn nicht durchgebrochen

Zahnstein

Die Stärke des Zahnsteinbefalls wird für jeden Zahn folgende Stadien von 0 bis 4 in unterteilt (angelehnt an Brothwell (1981)):

0 = Zahn nicht vorhanden/ nicht beurteilbar

1 = kein Zahnstein vorhanden

2 = wenig Zahnstein

3 = mittelmäßig vorhandener Zahnstein

4 = starker Zahnstein

Lokalisation: Zusätzlich kann die genaue Lokalisation des Zahnsteins angegeben werden, dabei werden folgende Abkürzungen verwendet:

o: occlusal, l: lingual, b: buccal/labial, m: mesial, d: distal, H: Zahnhals, W: Zahnwurzel

Karies

Die Stärke des Kariesbefalls der einzelnen Zähne wird in Stadien von 0 bis 5 unterteilt (s. auch Grupe et al. (2015)):

0 = Zahn nicht vorhanden / nicht beurteilbar

1 = keine Karies vorhanden

2 = kalkig weiße bis punktuell braune Verfärbungen

3 = der Zahnschmelz weist eine deutliche Läsion auf, die aber nicht bis zum Dentin reicht

4 = die Läsion reicht bis in das Dentin, nicht aber in die Pulpahöhle hinein

5 = die Pulpahöhle ist infiziert, das umliegende Zahnfach ist aber noch nicht betroffen

6 = sowohl Zahn, als auch *Parodontium* weisen Anzeichen von Infektionen auf

Wenn vorhanden, ist zusätzlich ein Abszess (radiculärer Prozess) durch Angabe eines „A“ zu verzeichnen. (z.B. 4A = Karies unter Einbeziehung der Pulpahöhle mit Abszessbildung an der Wurzel).

Lokalisation: Zusätzlich kann die genaue Lokalisation der Karies angegeben werden, dabei werden folgende Abkürzungen verwendet:

o: occlusal, l: lingual, b: buccal/labial, m: mesial, d: distal, H: Zahnhals, W: Zahnwurzel

Abrasion

Der Abkauungsgrad der Zähne wird in Stadien von 0 bis 8 unterteilt (siehe Abb. 7):

0 = Zahn nicht vorhanden/ nicht beurteilbar

1 = unabgenutzte Oberfläche oder kleine Facetten (noch kein Dentin sichtbar)

2 = Zahnhöcker abgestumpft, Dentin kann an Spitzen leicht freigelegt sein

3 = Zahnhöcker vollkommen abgenutzt, etwas Dentin freigelegt

4 = mehrere größere Dentinfreilegungen, die sich jedoch noch nicht verbunden haben

5 = zwei Stellen, an denen Dentin freigelegt ist, haben sich verbunden

6 = drei oder vier Stellen, an denen Dentin freigelegt ist, verbunden

7 = Dentin an gesamter occlusaler Oberfläche freigelegt, Zahnschmelz am Rand aber noch intakt oder fast noch intakt

8 = starker Verlust an Zahnkronenhöhe, Zahnschmelzrand nicht mehr vollständig intakt, Zahnkronenoberfläche ähnlich der Zahnwurzeloberfläche

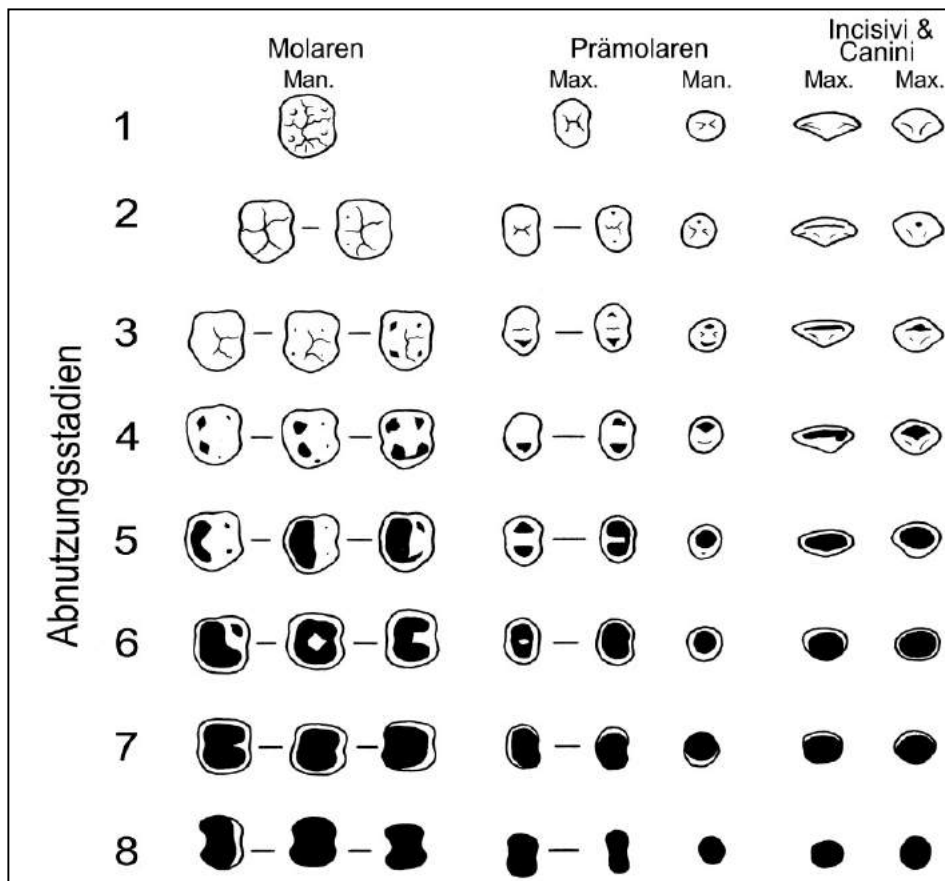


Abb. 7: Schema nach Smith (1984) zur Beurteilung von Zahnabnutzung, aus Grupe et al. (2015)

LEH

In der Zeile „LEH“ (Linear enamel hypoplasia) werden lineare Zahnschmelzhypoplasien bewertet.

LEH Anzahl:

Für eine standardisierte Aufnahme von linearen Schmelzhypoplasien wird der Zahn in drei Bereiche geteilt (oberer Höckerbereich, mittlerer Bereich, unterer Bereich, siehe Grupe et al. (2015) für Abbildungen) und die Anzahl der Linien im jeweiligen Bereich angegeben.

LEH Stärke:

Zusätzlich soll noch der Schweregrad der linearen Schmelzhypoplasie dokumentiert werden: Sind mehrere Linien vorhanden, wird dieser anhand der am stärksten ausgeprägtesten Linie in einer der folgenden Kategorien angegeben (siehe Grupe et al. (2015) für Abbildungen):

0 = der Zahn kann nicht untersucht werden

1 = keine Schmelzhypoplasie vorhanden

2 = eine feine Linie ist mit dem Auge wahrnehmbar, aber nicht tastbar

3 = eine klar tastbare Linie ist auf der Zahnoberfläche vorhanden

4 = ein stark ausgebildeter Defekt des Zahnschmelzes mit starker Kantenausbildung ist deutlich sichtbar und tastbar.

Bemerkungen

Hier werden weitere Besonderheiten des Gebisses vermerkt, die nicht standardisiert erfasst werden, wie beispielsweise besondere Zahnformen, Mikrodontie, zusätzliche Zahnhöcker, pathologische Störungen (Hutchinsons Schneidezähne etc.), irreguläre Zahnposition (Rotationen etc.), Kieferfehlstellungen usw. Aber auch lose Zähne und deren Auffälligkeiten, die nicht eindeutig bestimmt werden konnten, werden hier erfasst.

Zahnanzahl

Hier wird die Anzahl der vorhandenen Zähne getrennt nach Seite, getrennt nach Oberkiefer (OK) und Unterkiefer (UK) sowie Gesamt angegeben.

5 Osteometrie und Probenentnahme

Osteometrie

In der entsprechenden Tabelle des Befundbogens werden die angegebenen Maße für die jeweilige Seite in **mm** angegeben. Die Buchstaben bezeichnen das entsprechende Skelettelement (Cl = Clavicula, Hu = Humerus, Ra = Radius, Ul = Ulna, Fe = Femur, Ti = Tibia, Fi = Fibula). Gemessen wird jeweils die größte Länge **ohne** Epiphysen. Sollten bei fortgeschrittener Knochenreife proximale oder distale Epiphysen angewachsen sein, sollte der jeweilige Knochen **nicht** gemessen werden, da in diesem Fall eine einheitliche Vorgehensweise nicht gewährleistet werden kann. Die Länge der Langknochen sollte nur bei intakten (bzw. vollständig rekonstruierbaren) Knochen gemessen werden. Nur im Ausnahmefall, wenn nur sehr kleine Anteile der Knochenenden fehlen, sollten Schätzungen vorgenommen werden, die dann entsprechend gekennzeichnet sind. Ist der betreffende Knochen nicht messbar, ist dies mit einem Strich zu vermerken.

Beprobung

Bei einer Probenentnahme ist der entsprechende Dokumentationsbogen 7 auszufüllen. In der vorgegebenen Tabelle sind folgende Punkte anzugeben:

- **Zahn/Skelettelement:** Der ggf. beprobte Zahn ist mittels des FDI-Zahnschemas zu benennen, ist er nicht genau zuzuordnen, ist er, so weit möglich, zu beschreiben (z.B. Schneidezahn Oberkiefer, Seite nicht feststellbar). Wird ein Skelettelement beprobt, ist unter diesem Punkt der betroffene Knochen festzuhalten und zusätzlich diese Stelle im Skelettschema zu kennzeichnen.
- **Position:** Hier wird die genaue Stelle der Probenentnahme beschrieben, z.B. Zahnschmelz buccale Seite, bzw. 3x2 cm große Probe des anterioren proximalen Drittels der *Femurdiaphyse*.
- **Zweck:** z.B. DNA-Analysen, Strontium-Analyse etc.
- **Zur Analyse an:** Bearbeiter, Institution

6 Besonderheiten

Unter **Besonderheiten** sollen hier anatomische Abweichungen jeglicher Art, seien es anatomische Varianten oder Pathologien, zusammengefasst werden. Die Vielfalt der weiterhin vorkommenden Pathologien oder anatomischen Varianten ist so groß, dass eine standardisierte Erfassung jeder möglichen Ausprägung nicht möglich sein kann. Den Forderungen nach einer zu mindestens annähernd standardisierten Aufnahme und einer eingehenden Beschreibung folgend, besteht die Dokumentation aller anderen anatomischen Abweichungen aus zwei Teilen – dem Ankreuzbogen und einer deskriptiven Beschreibung beim Vorliegen von Besonderheiten.

Auch bei Ermangelung einer Besonderheit muss der komplette Befundbogen 6 ausgefüllt werden, denn Angaben zur Beurteilbarkeit bzw. zum Fehlen von Abweichungen ermöglichen erst ihre Auswertung auf Populationsbasis.

Ankreuzbogen

Mittels eines standardisierten Befundbogens wird das Vorhandensein der häufigsten Besonderheiten abgefragt. Hier sind diese Besonderheiten oft in Oberbegriffen und für eine Reihe von Skelettelementen (z.B. Schultergürtel) zusammengefasst. Eine genauere Spezifikation erfolgt dann auf der deskriptiven Ebene (siehe **Deskriptive Beschreibung**). Was unter den einzelnen Oberbegriffen bei den jeweiligen Skelettelementen zu verstehen ist, wird in Tab. 4 und 5 näher erläutert.

Für jedes Merkmal (Ausnahme *Cribrā orbitalia*) ist zwischen vorhanden (v), nicht vorhanden (nv) und nicht bestimmbar (nb) zu wählen:

- als **vorhanden** gilt ein Merkmal, wenn es mindestens einmal bei den angegebenen Skelettelementen beobachtet werden kann. Ist beispielsweise sowohl eine Fraktur in der rechten *Tibia* als auch in der rechten *Fibula* zu beobachten, ist bei dem Punkt „Traumata untere Extremitäten“ ein Kreuz bei **vorhanden (v)** zu machen und alle weiteren Angaben sind deskriptiv nach den Vorgaben unter **Beschreibung von Traumata** zu treffen.
- als **nicht vorhanden** gilt ein Merkmal, wenn die entsprechenden Skelettelemente beurteilbar vorliegen und zum desweiteren das Merkmal nicht auftritt (z.B. *Orbita* ist vorhanden, aber *Cribrā orbitalia* nicht ausgebildet). Als beurteilbar gelten die entsprechenden Elemente, wenn mindestens ein Element des Oberbegriffes vorliegt. Sind beispielsweise Überreste des *Humerus*, aber nicht von *Radius* oder *Ulna* bzw. Handknöchelchen verfügbar, gelten die oberen Extremitäten trotzdem als beurteilbar. Für eine Auswertung der Häufigkeit (z.B. Häufigkeit der Frakturen im rechten *Radius*), in der eine genauere Angabe des Skelettelementes (in diesem Fall rechter *Radius*) gebraucht wird, ist dann das Inventar zu Rate zu ziehen, wodurch eine nachträgliche Beurteilung des nun genauer definierten Merkmals als nicht beobachtbar möglich wird.
- als **nicht beobachtbar** gilt ein Merkmal, wenn keine der jeweiligen notwendigen, zu beurteilenden Skelettelemente vorliegen. So ist bei Fehlen des *Os frontale* bei dem Merkmal *Sutura metopica* das Feld **nv** anzukreuzen, während bei dem Merkmal „Schaltknochen“ dieses nur angekreuzt werden kann, wenn alle entsprechenden, daraufhin beurteilbaren Nahtregionen fehlen. Ähnlich ist bei einer Hockfacette das Feld „nicht beurteilbar“

anzukreuzen, wenn sowohl das entsprechende proximale Ende der rechten als auch der linken Tibia nicht vorliegen.

Mit dem Feld **Weitere** sollen alle Angaben erfasst werden, die nicht durch die vorgegebenen Oberbegriffe dargestellt werden. Ist z.B. eine exzessive Verknöcherung von Muskelansatzstellen (mehr als 2 mm) an den unteren Extremitäten festzustellen, ist dies unter **Weitere** zu vermerken, da kein Feld „Verknöcherungen“ oder „Enthesiopathien“ existiert. Auch Porositäten jeglicher Art sind unter dem Punkt „Weiteres“ einzutragen.

Cribrra orbitalia

Abweichend von den anderen „Besonderheiten“ des Schädels ist *Cribrra orbitalia* getrennt nach der jeweiligen Seite mit folgendem Bewertungsschema zu beurteilen (Abb. 7, nach Steckel et al. (2006), siehe auch Grupe et al. (2015)):

- Grad 0: keine *Orbita* für die Untersuchung vorhanden
- Grad 1: mindestens eine vorhandene *Orbita*, aber keine *Cribrra orbitalia* erkennbar
- Grad 2: feinporöse Durchbrüche im Orbitadach auf einer Fläche kleiner als 1 cm²
- Grad 3: eine Fläche größer als 1 cm² ist von kleinen und/oder größeren Porositäten betroffen, welche die Tendenz zeigen, sich zu vereinigen

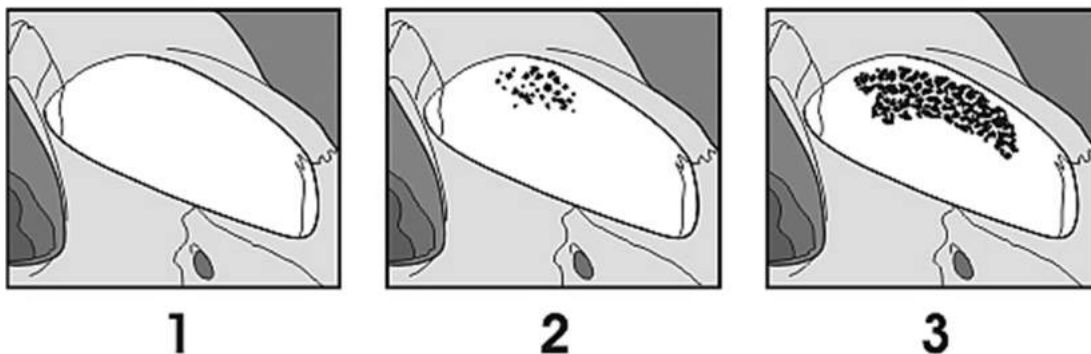


Abb. 7: Bewertungsschema der *Cribrra orbitalia* (aus Steckel et al. (2006))

Eine Unterscheidung zwischen verheilten und nicht verheilten *Cribrra orbitalia* wird an dieser Stelle nicht vorgenommen, da einerseits Mischformen auftreten können und andererseits hierfür zur sicheren Unterscheidung eine Untersuchung auf mikrostruktureller Ebene notwendig ist.

Tab. 4: Besonderheiten des Schädels und deren Erfassung

Merkmal	nähere Beschreibung/Beispiele	Dokumentationsangaben
Lytische Defekte	jegliche pathologisch bedingte, begrenzte Auflösung von Knochensubstanz, z. B. aufgrund von lytischen Tumoren	Lokalisation, Ausmaß und Form
<i>Hyperostosen</i>	nicht scharf begrenzte übermäßige Vermehrung von Knochensubstanz, z.B. porotische <i>Hyperostose</i> (porotische Schädeldachverdickung)	Lokalisation, Ausmaß, nähere Beschreibung: z.B. den Terminus „porotische <i>Hyperostose</i> “ vermerken
Auflagerungen	lokale, reaktive Knochenneubildung, die meist vom Periost ausgehen	Lokalisation, Ausmaß und Form, ggf. nähere Beschreibung: handelt es sich um eine aktive Auflagerung?
Formveränderung	abnormale, nicht intendierte Formveränderung des Skelettelements, z.B. <i>Mikrocephalus</i> , Seitenasymetrie etc.	Lokalisation: z.B. gesamter Schädel, Beschreibung: z.B. <i>Hydrocephalus</i> , <i>Turrizephalus</i> infolge einer <i>Kraniosynostose</i> etc.
<i>Kraniosynostosen</i>	vorzeitige Ossifizierung bestimmter Nahtabschnitte des Schädels	betroffene Naht/Nähte inklusive ungefähre Position, partieller oder kompletter Verschluss? Beschreibung: ggf. abweichende Schädelformen sind unter Formveränderung anzugeben.
<i>Osteome</i>	Knochentumore, die sich meistens einzeln, seltener in größerer Zahl auf dem Schädeldach befinden. Sie sind etwa linsenförmig und besitzen eine relativ glatte Oberfläche	Lokalisation: betroffener Knochen (z.B. Os frontale, Ausmaß: Durchmesser angeben; Beschreibung
Traumata	siehe entsprechendes Kapitel	
Intentionelle Modifikation	Eingriffe des Menschen in den Schädel, z.B. Trepanation, artifizielle Schädeldeformation	Lokalisation: betroffenes Schädелеlement bzw. ganzer Schädel bei deformierten Schädeln, Ausmaß: bei Trepanation Durchmesser des Defekts, Beschreibung: z.B. Art der Schädeldeformation
<i>Sutura metopica</i>	persistierende Stirnnaht	Lokalisation: Ist die <i>Sutura</i> auf ganzer Länge noch sichtbar?, Bemerkungen: optional bei Auffälligkeiten
Schaltknochen/ <i>Os incae</i>	kleine bis mittelgroße zusätzliche Knochen, meist innerhalb der Schädelnähte (Worm'sche Knochen oder Nahtknochen)	betroffene Naht, Bemerkungen: z.B. Anzahl der Schaltknochen, ggf. Form, spezielle Typenangabe, z.B. <i>Os Incae</i> wenn es sich um einen großen einzelnen (seltener geteilter) Schaltknochen am <i>Os occipitale</i> handelt.
<i>Foramen supraorbitale</i>	vollständiges <i>Foramen</i> oberhalb des oberen Randes der <i>Augenorbitae</i> anstelle der normalen <i>Incisura supraorbitalis</i>	Bemerkungen: z.B. nur rechts beurteilbar/vorhanden etc.
Weitere	alle Besonderheiten die am Schädel beobachtet werden, aber nicht hier aufgeführt sind, z.B. <i>Myositis ossificans</i> , zusätzliche Gelenkflächen, verknöcherter Schildknorpel etc.	Lokalisation, Beschreibung
<i>Cribr orbitalia</i>	Siehe Abb. 7	

Tab. 5: Besonderheiten des *Postcraniums* und deren Erfassung

Merkmal	nähere Beschreibung/Beispiele	Dokumentationsangaben
Schultergürtel		
lytische Defekte	jegliche pathologisch bedingte, begrenzte Auflösung von Knochensubstanz, z. B. aufgrund von lytischen Tumoren	Lokalisation, Ausmaß und Form, Beschreibung
Auflagerungen	lokale, reaktive Knochenneubildung, die meist vom Periost ausgehen	Lokalisation, Ausmaß, Beschreibung
Formveränderungen	abnormale Größen- und Formabweichungen einzelner Skelettelemente (z.B. des Schlüsselbeins etc.)	Lokalisation, Beschreibung
Traumata	siehe entsprechendes Kapitel	
Weitere	alle Besonderheiten, die am Schultergürtel beobachtet wurden, aber nicht hier aufgeführt sind, z.B. stark ausgeprägte <i>Enthesiopathien</i> etc.	Lokalisation, Beschreibung
Obere Extremitäten		
lytische Defekte	jegliche pathologisch bedingte, begrenzte Auflösung von Knochensubstanz, z. B. auch bei Knochenauflösung an den Handknochen in Folge von Gichterkrankung	Lokalisation, Ausmaß und Form, Beschreibung
Auflagerungen	lokale, reaktive Knochenneubildung, die meist vom Periost ausgehen	Neben Lokalisation, Ausmaß und ggf. Beschreibung, Stadium nach Steckel et al. (2006), siehe Abbildung 8
Formveränderungen	abnormale Größen- und Formabweichungen einzelner Skelettelemente (z.B. stark gebogene Oberarme z.B. bei Rachitis)	Lokalisation, Beschreibung: z.B. abnormale Biegung des Knochenschaftes, Winkelbildung (z.B. aufgrund eines Bruches), besonders schwach ausgebildeter linker <i>Humerus</i> , etc.
Traumata	siehe entsprechendes Kapitel	
Gelenkdislokation	Verlagerung oder falsche Ausrichtung einer Gelenkpfanne oder des Gelenkkopfes (z.B. abgeflachter <i>Humeruskopf</i>)	Lokalisation, Beschreibung
Weitere	Alle Besonderheiten, die an den oberen Extremitäten beobachtet wurden, aber nicht hier aufgeführt sind, z.B. stark ausgeprägte <i>Enthesiopathien</i>	Lokalisation, Beschreibung
Wirbelsäule und Rippen		
lytische Defekte	jegliche pathologisch bedingte, begrenzte Auflösung von Knochensubstanz z.B. verursacht durch TBC	Lokalisation, Ausmaß und Form, Beschreibung
Auflagerungen	lokale, reaktive Knochenneubildungen, die meist vom <i>Periost</i> ausgehen	Lokalisation: z.B. Innenseite rechte mittlere Rippe, Ausmaß, Beschreibung
Formveränderungen	abnormale Größen- und Formabweichungen einzelner Skelettelemente, z.B. Abweichung von der natürlicherweise C-förmig gekrümmten Form der Rippen (z.B. „Hirtenstab-Rippen“) oder Fenster oder Gabelrippen	Lokalisation, Beschreibung
Traumata	siehe entsprechendes Kapitel	
Wirbelsäulendeformitäten	abnorme Verkrümmung der Wirbelsäule	Beschreibung: z.B. Lordose: ventrale Krümmung, meist im Lendenwirbelbereich, Kyphose: dorsale Krümmung, meist im Brustwirbelbereich, Skoliose: seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule
Abweichende	zusätzliche oder von Natur aus fehlende	Lokalisation (welcher Abschnitt der

Anzahl einzelner Elemente	Skelettelemente wie z.B. überzählige Rippen (z.B. Zervikale Rippen), 6 „Lendenwirbel“	Wirbelsäule/der Rippen?), Beschreibung
Panzerpleura	verknöchertes Abschnitt des Brustfells	z.B. Ausmaß der Verknöcherung
Morbus Scheuermann	Erkrankung der Wirbelkörperdeckplatten, bei denen es zu isolierten Einbrüchen, hauptsächlich im Lenden- und Brustwirbelbereich, kommt.	Bemerkungen: Anzahl und Art der betroffenen Wirbel, Ausmaß der Schädigung
Weitere	Alle Besonderheiten, die an der Wirbelsäule und den Rippen beobachtet wurden, aber nicht hier aufgeführt sind, z.B. <i>Foramen transversum bipartitum</i>	Lokalisation, Beschreibung
Beckengürtel		
lytische Defekte	jegliche abnormale, begrenzte Auflösung von Knochensubstanz z.B. verursacht durch Tumorbildungen/Geburtstraumata	Lokalisation, Ausmaß und Form, Beschreibung
Auflagerungen	lokale, reaktive Knochenneubildung, die meist vom <i>Periost</i> ausgehen	Lokalisation, Ausmaß, Beschreibung
Formveränderungen	abnormale Größen- und Formabweichungen des Beckens oder seiner Bestandteile z.B. <i>Sacrum acutum</i> (besonders stark gebogenes <i>Sacrum</i>)	Lokalisation, Beschreibung
Traumata	siehe entsprechendes Kapitel	
Sakrale Spalte	offener Wirbelkanal (fehlende Fusion der Wirbelbögen partiell oder gesamt) am <i>Sacrum</i> , kann ein Anzeichen für <i>Spina bifida</i> sein.	Lokalisation: z.B. Lendenwirbel, Beschreibung: vollständig? erweiterter Wirbelkanal? <i>Spina bifida</i> ?
Gelenkdislokation	Verlagerung oder falsche Ausrichtung einer Gelenkpfanne oder des Gelenkkopfes (z.B. verschobenes <i>Acetabulum</i>)	Lokalisation, Beschreibung
Weitere	alle Besonderheiten, die am Beckengürtel beobachtet wurden, aber nicht hier aufgeführt sind, z.B. geringere Anzahl von Kreuzbeinwirbeln, wenn oberer Kreuzbeinwirbel nicht mit anderen verwachsen ist	Lokalisation, Beschreibung
Untere Extremitäten		
lytische Defekte	jegliche pathologisch bedingte, begrenzte Auflösung von Knochensubstanz, z. B. aufgrund von lytischen Tumoren	Lokalisation, Ausmaß und Form, Beschreibung
Auflagerung	lokale, reaktive Knochenneubildung, die meist vom <i>Periost</i> ausgehen	neben Lokalisation, Ausmaß und ggf. Beschreibung, s. Abbildung 8
Formveränderung	abnormale Größen- und Formabweichungen einzelner Skelettelemente (z.B. stark gebogene <i>Femora</i> z.B. bei Rachitis)	Lokalisation, Beschreibung: z.B. abnormale Biegung des Knochenschaftes z.B. durch Rachitis, Winkelbildung (z.B. aufgrund eines Bruches) etc.
Traumata	siehe entsprechendes Kapitel	
Reiterfacette	erworbene Verlängerung der <i>Facies articularis</i> des <i>Femurkopfes</i> am superioren Aspekt des Halses Richtung <i>Trochanter major</i>	Seite: rechts und/ oder links bzw. nicht beobachtbar, z.B. rechts vorhanden, links nicht beobachtbar. Bemerkung: besondere Ausprägung etc.
Poirier's Facette	eine Ausstülpung der glatten anterior superior-Gelenkfläche des <i>Caput femoris</i> Richtung anterior mit erkennbarem Rand	Seite: rechts und/ oder links bzw. nicht beobachtbar, z.B. rechts vorhanden, links nicht beobachtbar. Bemerkung: besondere Ausprägung etc.
Hockfacette	einkerbungsartige akzessorische	Seite: rechts und/ oder links bzw. nicht

	Gelenkflächen am anterioren Rand des distalen Endes der <i>Tibia</i>	beobachtbar, z.B. rechts vorhanden, links nicht beobachtbar. Bemerkung: besondere Ausprägung etc.
Allens Fossa	netzartige Auflagerung an der anterior superioren Oberfläche des <i>Callum femoris</i> am Rand des <i>Caput femoris</i>	Seite: rechts und/oder links bzw. nicht beobachtbar, z.B. rechts vorhanden, links nicht beobachtbar. Bemerkung: besondere Ausprägung etc.
Weitere	alle Besonderheiten, die beobachtet wurden, aber nicht hier aufgeführt sind, z.B. Ausbildung eines Klumpfußes	Lokalisation, Beschreibung

Deskriptive Beschreibung

Bei Vorhandensein einer **Besonderheit**, wie beispielsweise einer Pathologie, muss zusätzlich eine möglichst genaue deskriptive Beschreibung erfolgen. Ausnahmen sind Deskriptiva wie z.B. zusätzliche Facetten (z.B. Hockfacetten). Hier sind zumeist nur Seitenangaben notwendig (rechts, links, bzw. rechts und links). Sollte eine Seite aufgrund mangelnden Erhalts nicht beurteilbar sein, muss dies auch angegeben werden. Weiterhin könnten Bemerkungen nötig sein, wenn z.B. die persistierende *Sutura metopica* nur teilweise ausgeprägt ist.

Alle anderen Beschreibungen sollten folgende Punkte enthalten:

Lokalisation

Bis auf Ausnahme der **Besonderheiten**, die nur an einer bestimmten, genau definierten Stelle auftreten (z.B. *Sutura metopica*, *Cribra orbitalia*), muss zunächst deren **genaue Lokalisation** unter Angabe der folgenden Punkte beschrieben werden:

- betroffenes Skelettelement, z.B. Femur
- ggf. betroffene Seite, z.B. rechts und links, sollte nur eine Seite aufgrund des Erhaltungsgrades beurteilbar sein, muss auch dieses angegeben werden, z.B. linke Seite nicht beurteilbar
- ungefähre Position: Verwendung der Richtungsbezeichnungen (s.u.), sowie bei Langknochen Unterteilung der Diaphyse in Drittel, z.B. Auflagerung anterior, proximales Diaphysendrittel

wichtige Richtungsbezeichnungen:

- proximal: zum Körperzentrum hin
- distal: vom Körperzentrum entfernt
- dorsal/posterior: am Rücken/hinten gelegen,
- ventral/anterior: bauchseits/vorne gelegen
- lateral: seitlich, zur (Körper-) Seite hin gelegen
- medial: mittig, zur (Körper-) Mitte hin gelegen
- kranial/superior: zum Schädel hin/oben liegend
- kaudal/inferior: zum Gesäß hin/unten liegend

Ausmaß und ggf. Form

Das Ausmaß einer Veränderung sollte ebenfalls immer angegeben werden, meist ist es außerdem sinnvoll, die Form anzugeben (eher rund, oval, längsoval etc.). Die Angabe der Ausdehnung erfolgt am besten durch eine Angabe in cm. Bei länglichen Formen beispielsweise durch die Angabe von Längen und Breitenmaßen, wie z.B. 5x2 cm. Bei runden Formen durch Angabe des Durchmessers, z.B. Durchmesser von 4 cm.

Genauere Darstellung

Da es sich bei den Besonderheiten um eine Vielzahl von Erscheinungen handeln kann, ist es nicht möglich, eine genaue Vorgabe für deren Beschreibung zu geben. Die folgenden Fragen/Stichpunkte sollten aber ggf. beantwortet werden:

- Deskriptive grobe Beschreibung der Besonderheit, z.B. abnormale Krümmung des *Femurs*, lochförmiger Defekt etc.
- Erscheint die Besonderheit in einer anderen Farbe? (z.B. wirken Auflagerungen häufig gräulich)
- Handelt es sich um einen aktiven/nicht aktiven Prozess? (Auflagerungen, lytische Defekte)
- Ist der Defekt nur auf die Oberfläche begrenzt oder ist auch das Knochenmark betroffen?
- Was ist die vermutete Ursache? Handelt es sich eventuell um die Folge einer bestimmten Erkrankung?
- Sind weitere Analysen vorgenommen worden (CT/Röntgenbild etc.)?
- Wo sind ggf. Fotos/Röntgenbilder etc. hinterlegt?

Weitere Vorgaben zu der eingehenden Dokumentation bestimmter Merkmale sollten den Tabellen 4 und 5 entnommen werden. Auflagerungen an Langknochen sollten zusätzlich zu einer deskriptiven Beschreibung in jedem Fall nach den vom *Global History of Health* entwickelten Schemata bewertet werden (siehe Kap. *Auflagerung an Langknochen*) Bei der Feststellung eines Traumas müssen ebenfalls weiterreichende Beschreibungen erfolgen, deren Bestandteile unter dem Punkt *Beschreibung von Traumata* zusammengefasst sind.

Auflagerung an Langknochen

Eine Auflagerung an Langknochen sollte zusätzlich zur deskriptiven Beschreibung in eines der folgenden Stadien eingeteilt werden (Abb. 8, nach Steckel et al. (2006)):

- 1 = keine Veränderung
- 2 = Längsstreifung
- 3 = leichte, einzelne reaktive Stellen am Knochen, weniger als ¼ des Langknochens betroffen
- 4 = mäßiger Befall, weniger als die Hälfte des Langknochens betroffen
- 5 = flächiger Befall, über die Hälfte des Langknochens betroffen
- 6 = *Osteomyelitis* (Infektion betrifft fast den kompletten Langknochen, mit Kloakenbildung)
- 7 = *Periostitis* assoziiert mit einer Fraktur

Allerdings ist darauf zu achten, dass Auflagerungen von Geflechtknochen auf der Knochenoberfläche vor allem der Langknochen bei Neonaten und Kleinkindern sehr oft keine pathologischen Ursachen haben sondern wachstumsbedingt sind (Lewis 2007). Solche Fälle sollten daher immer differentialdiagnostisch abgeklärt werden.

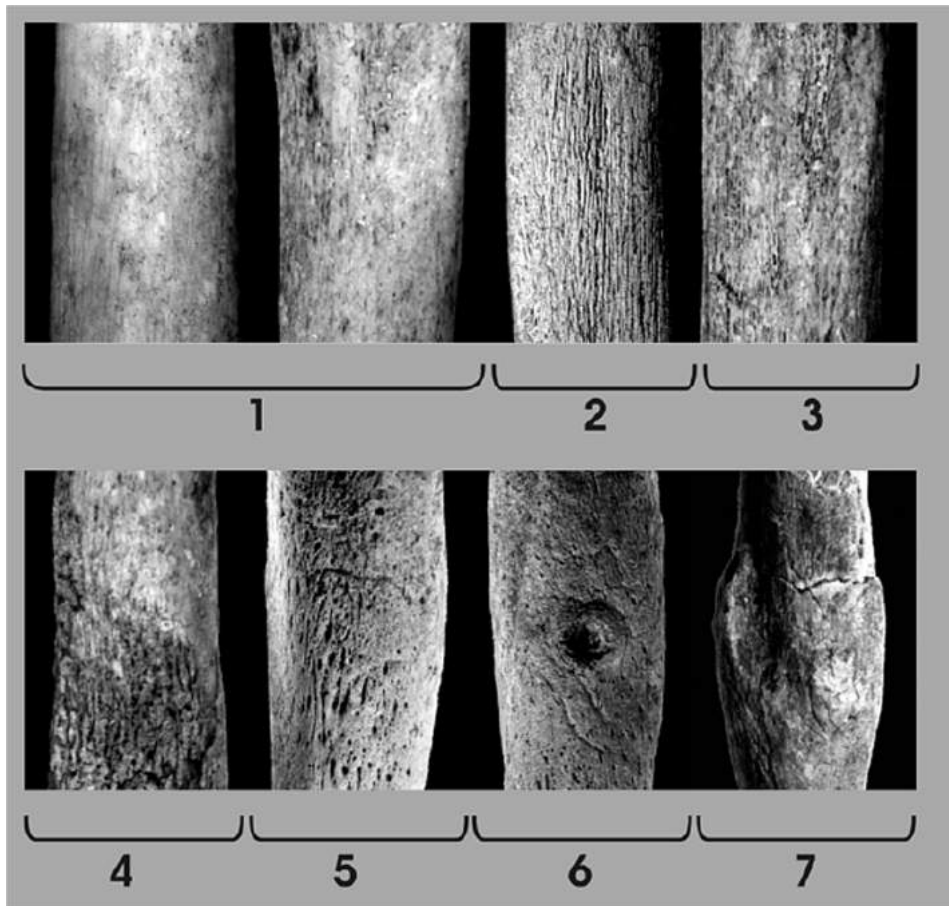


Abb. 8: Verschiedene Stadien von Auflagerungen (aus Steckel et al. (2006)).

Beschreibung von Traumata

Traumata sind häufig besonders komplex und so sind bei ihrer Beschreibung eine Reihe von Punkten aufzuführen:

- *Lokalisation, Ausmaß und Form:* (s.o.)
- *Heilungsstadium:* verheilt, unverheilt, teilweise verheilt, wie ist der *Kallus* ausgebildet?
- *Zeitpunkt:* Unterscheidung von perimortal, prä mortal, nicht einordbar
- *Art der Gewalt:* scharfe oder halbscharfe Gewalt mit der Unterscheidung: Schnitt- oder Hiebverletzung, stumpfe Gewalt, Projektilwunde, etc.?
- *detaillierte Beschreibungen:*
 - Frakturmuster (insbesondere bei Langknochen, siehe Grupe et al. (2015): unvollständig, Quer-, Schräg-, Torsions-, Biegungs- oder Messerer-, Segment-, Trümmer-, Kompressions-, Berstungs- oder Grünholzfraktur?
 - Entzündungen erkennbar? Ausmaß und Form?
 - Knochenabsprengungen erkennbar? Ausmaß und Form? Welche Lokalisation in Bezug zur Verletzung?
 - Beim Schädel: Begleiten Fissuren die Verletzung? Befindet sich die Verletzung über oder unter der Hutkrempe?
 - beim *Postcranium:* Ist die Epiphyse betroffen? Frakturtyp? Verschiebung der Frakturrenden (in Grad, Richtung), Verkürzung (in mm), Überlappungsgrad (in mm, Richtung),

- Komplikationen: z.B. Nicht-Verwachsung, Pseudoarthrose, Nekrose, Arthrose, Infektion, Gelenkversteifung, Deformation etc.
- vermutete Ursache?

Systemische Erkrankungen

Mittels des Ankreuzsystems werden die Erkrankungen anhand des betroffenen Skelettsystems und der Ausprägung erfasst. Diese können allerdings Ausdruck einer Erkrankung des gesamten Systems sein. Sollte dies der Fall sein, muss die Erkrankung zusätzlich gesondert aufgeführt werden. Am Skelettsystem diagnostizierbare Erkrankungen des gesamten physiologischen Systems sind z.B.: DISH (*Morbus Forestier*), *Morbus Bechterew*, Gicht, *Tuberkulose/Brucellose*, *Lepra*, Meningitis, Syphilis, Rachitis und *Osteomalazie*, *Osteoporose*, Zwergwuchs, neoplastische Veränderungen (Tumorerkrankungen).

Neben der Nennung der Erkrankung sollten auch die Kriterien, die zur Diagnose geführt haben, ggf. nochmals aufgeführt werden.

Literatur

AlQahtani SJ, Hector MP, Liversidge HM (2010) Brief Communication: The London Atlas of Human Tooth Development and Eruption. *American Journal of Physical Anthropology* 142, 481-490.

Baker BJ, Dupras TL, Tocheri MW (2005) *The Osteology of Infants and Children*. Texas A&M University Press.

Black TK (1978) Sexual Dimorphism in the Tooth-Crown Diameters of the Deciduous Teeth. *American Journal of Physical Anthropology* 48, 77-82.

Brothwell DR (1981) *Digging up Bones, The excavation, treatment and study of human skeletal remains*, 3. Ed. Cornell University Press, Ithaca New York.

Buikstra JE, Ubelaker DH (1996) Standards for data collection from human skeletal remains. *Proceedings of a seminar at the field museum of natural history. Arkansas Archaeological survey research series* 44.

Cardoso HFV (2008) Sample-specific (universal) metric approaches for determining the sex of immature human skeletal remains using permanent tooth dimensions. *Journal of Archaeological Science* 35, 158-168.

Cardoso HFV, Saunders SR (2008) Two arch criteria of the ilium for sex determination of immature skeletal remains: A test of their accuracy and an assessment of intra- and inter-observer error. *Forensic Science International* 178, 24-29.

Cardoso HFV, Abrantes J, Humphrey LT (2014) Age estimation of immature human skeletal remains from the diaphyseal length of the long bones in the postnatal period. *International Journal of Legal Medicine* 128(5), 809-824.

Cardoso HFV, Spake L, Liversidge HM (2016) A Reappraisal of Developing Permanent Tooth Length as an Estimate of Age in Human Immature Skeletal Remains. *Journal of Forensic Science* 61(5), 1180-1189.

Carneiro C, Curate F, Cunha E (2006) A method for estimating gestational age of fetal remains based on long bone lengths. *International Journal of Legal Medicine* 130, 1333–1341.

Coquerelle M, Bookstein FL, Braga J, Halazonetis DJ, Weber GW, Mitteroecker P (2011) Sexual Dimorphism of the Human Mandible and its Association with Dental Development. *American Journal of Physical Anthropology* 145, 192-202.

Grupe G, Harbeck M, McGlynn G (2015) *Prähistorische Anthropologie*. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg.

Hermann B, Grupe G, Hummel S, Piepenbrink H, Schutkowski H (1990) *Prähistorische Anthropologie. Leitfaden der Feld- und Labormethoden*. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg.

Lewis ME (2007) *The Bioarchaeology of Children. Perspectives from Biological and Forensic Anthropology*. Cambridge University Press.

Loth SR, Henneberg M (2001) Sexually Dimorphic Mandibular Morphology in the First Few Years of Life. *American Journal of Physical Anthropology* 115, 179-186.

Molleson T, Cruse K (1998) Some Sexually Dimorphic Features of the Human Juvenile Skull and their Value in Sex Determination in Immature Skeletal Remains. *Journal of Archaeological Science* 25, 719-728.

Olivares JI, Aguilera IA (2016) Validation of the sex estimation method elaborated by Schutkowski in the Granada Osteological Collection of identified infant and young children: Analysis of the controversy between the different ways of analyzing and interpreting the results. *International Journal of Legal Medicine* 130, 1623-1632.

Schaefer M, Black S, Scheuer L (2009) *Juvenile Osteology: A Laboratory and Field Manual*. Academic Press, Burlington, San Diego, London.

Scheuer L, Black S, (2000) *Developmental Juvenile Osteology*. Academic Press, San Diego, London.

Schutkowski H (1987) Sex determination of fetal and neonate skeletons by means of discriminant analysis. *International Journal of Anthropology* 2, 347-352.

Schutkowski H (1990) Zur Geschlechtsdiagnose von Kinderskeletten. Morphognostische, metrische und diskriminanzanalytische Untersuchungen. Dissertation, Georg-August-Universität zu Göttingen.

Schutkowski H (1993) Sex Determination of Infant and Juvenile Skeletons: I. Morphognostic Features. *American Journal of Physical Anthropology* 90, 199-205.

Steckel RH, Larsen CS, Sciulli PW, Walker PL (2006) The Global History of Health Project. Data Collection Codebook (<http://global.sbs.ohio-state.edu/docs/Codebook-12-12-05.pdf>).

Stloukal M, Hanáková H (1978) Die Länge der Längsknochen altslavischer Bevölkerungen unter besonderer Berücksichtigung von Wachstumsfugen. *Homo* 29, 53-69.

Ubelaker DH (1978) *Human Skeletal Remains: Excavation, Analysis, Interpretation*, Taraxacum, Washinton DC.

Weaver DS (1980) Sex Differences in the Iliac of a Known Sex and Age Sample of Fetal and Infant Skeletons. *American Journal of Physical Anthropology* 52, 191-195.

Skelettidentifikation

Fundplatz (Ort, Kreis, Straße) _____

Maßnahmenummer _____

Grabnummer _____ Befundnummer _____

Fundzettelnummer _____

Ungefähre Zeitstellung _____

Aufbewahrung (Institution/Archivnr. etc.) _____

Bemerkungen _____

Angaben zur Bearbeitung

Anthropologische Bearbeitung durch _____

Ort, Datum _____

Archäologische Ansprechpartner _____

Bemerkungen _____

Präinventar und Erhaltungsgrad

	Vollständig- keit	Ober- fläche	Fragmen- tierung
Schädel			
Zähne			
<i>Mandibula</i>			
<i>Maxilla</i>			
<i>Postcranium</i>			

Verfärbungen:

Taphonomische Besonderheiten (Bisspuren etc.):

Dokumentationsbögen

- 1 Formale Angaben
- 2a Inventar neonat
- 2b Inventar Infans I-II
- 2c Inventar Infans II-Juvenis
- 3 Alter/Geschlecht
- 4a Zahnstatus
Milch/Wechselgebiss
- 4b Zahnstatus Dauergebiss
- 5 Osteometrie und Beprobung
- 6 Besonderheiten (in jedem Fall auszufüllen!)
- Weitere Anlagen/ Fotos etc:

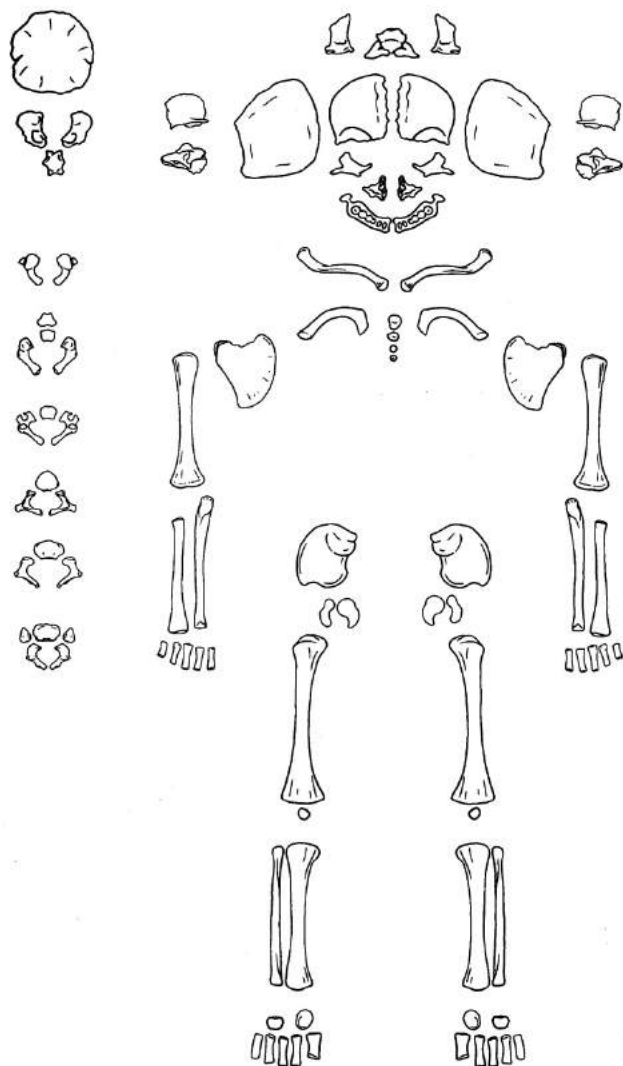
Skelettidentifikation:

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">Schädel</th> </tr> <tr> <th></th> <th>rechts</th> <th>links</th> <th>nb</th> </tr> <tr><td><i>Os parietale</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os frontale</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os occipitale</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Pars lateralis</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Pars basilaris</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Pars squamosa</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Pars tympanica</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Pars petrosa</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Corpus sphenoid.</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><i>Ala major</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os zygomaticum</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Maxilla</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Mandibula</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	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"/>			<i>Ala major</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Os zygomaticum</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"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>rechts</th> <th>links</th> <th>nb</th> </tr> <tr><td><i>Scapula</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Proc. coracoideus</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Acromion</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Patella</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Sternum</i></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">Becken</th> </tr> <tr> <th></th> <th>rechts</th> <th>links</th> <th>nb</th> </tr> <tr><td><i>Os pubis</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os ischium</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os ilium</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		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>Acromion</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"/>		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"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">Wirbelsäule</th> </tr> <tr> <th>Wirbel</th> <th>-körper</th> <th colspan="2">-bogen</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>re</th> <th>li</th> </tr> <tr><td>C1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C4</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C5</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C6</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C7</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th4</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th5</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th6</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th7</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th9</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th10</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th11</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th12</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L4</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L5</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S4</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S5</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>Anzahl Bögen nb: _____ C: ____ Th: ____ L: ____</p> <p>Anzahl Körper nb: _____ C: ____ Th: ____ L: ____</p>	Wirbelsäule				Wirbel	-körper	-bogen				re	li	C1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Th1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Th2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Th3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Th4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Th5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Th6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Th7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Th8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Th9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Th10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Th11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Th12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>																																																																																																																																																																																																																																									
<i>Ala major</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
<i>Os zygomaticum</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"/>																																																																																																																																																																																																																																							
	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>Acromion</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"/>																																																																																																																																																																																																																																								
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																																																																																																																																																																																																																																								
		re	li																																																																																																																																																																																																																																							
C1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
C2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
C3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
C4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
Th1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
Th2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
Th3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
Th4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
Th5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
Th6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
Th7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
Th8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
Th9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
Th10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
Th11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
Th12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
S2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
S3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
S4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
S5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="8">Rechte Körperseite</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Epiphyse P</th> <th>P 1/3</th> <th>M 1/3</th> <th>D 1/3</th> <th>Epiphyse D</th> <th>Lage nb</th> <th>Seite nb</th> </tr> <tr><td><i>Humerus</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Radius</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Ulna</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Femur</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Tibia</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Fibula</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td></td> <td>medial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>lateral</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td><i>Clavicula</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	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"/>		medial				lateral			<i>Clavicula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="8">Linke Körperseite</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Epiphyse P</th> <th>P 1/3</th> <th>M 1/3</th> <th>D 1/3</th> <th>Epiphyse D</th> <th>Lage nb</th> <th>Seite nb</th> </tr> <tr><td><i>Humerus</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Radius</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Ulna</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Femur</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Tibia</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Fibula</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td></td> <td>medial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>lateral</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td><i>Clavicula</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	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"/>		medial				lateral			<i>Clavicula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Rippen (Anzahl)</th> </tr> <tr> <td>rechts</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>links</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Anzahl an Fragmenten</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Rippen (Anzahl)		rechts	_____	links	_____	Anzahl an Fragmenten	_____																																																																
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"/>																																																																																																																																																																																																																																			
	medial				lateral																																																																																																																																																																																																																																					
<i>Clavicula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>																																																																																																																																																																																																																																			
	medial				lateral																																																																																																																																																																																																																																					
<i>Clavicula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																			
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>	Seam- 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl	nb Hand- wurzel	nb Fuß- wurzel	<i>Meta- tarsalia</i>	Fuß- phalange P	Fuß- phalange M	Fuß- phalange D	<i>Meta- carpal.</i>	Hand- phalange P	Hand- phalange M	Hand- phalange D
rechts										
links										
nb										



Weitere Beobachtungen:

Abbildung verändert nach Schaefer M, Black S, Scheuer L (2009) Juvenile Osteology: A Laboratory and Field Manual. Academic Press, Burlington, San Diego, London.

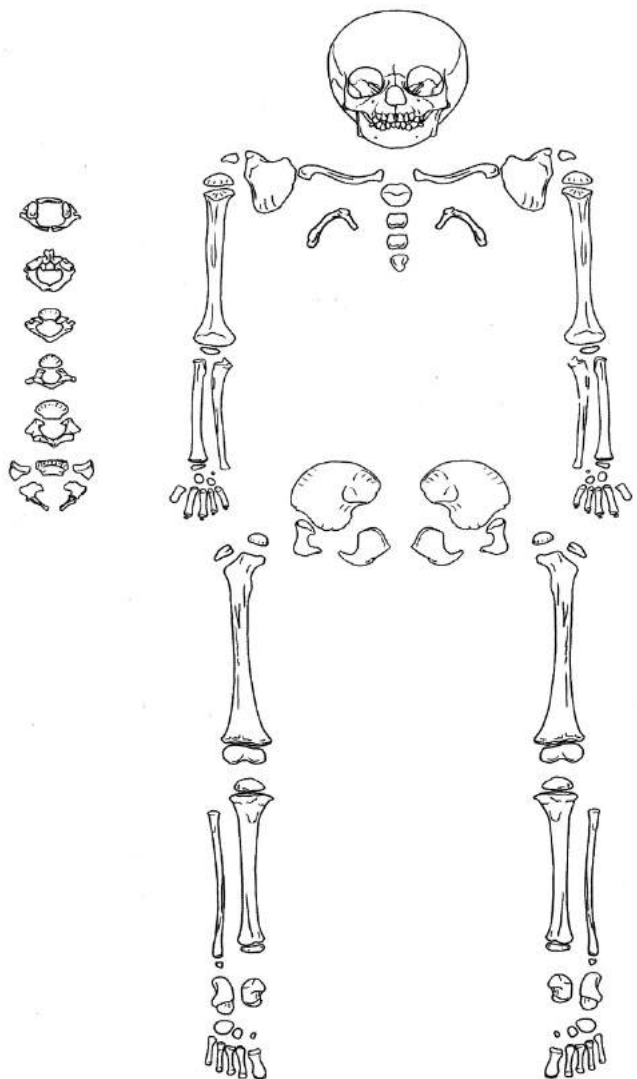
Skelettidentifikation:

<p>Schädel</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">rechts</th> <th style="text-align: center;">links</th> <th style="text-align: center;">nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><i>Os parietale</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os frontale</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os occipitale</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Pars lateralis</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Pars basilaris</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Pars squamosa</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Pars tympanica</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Pars petrosa</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Corpus sphenoid.</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><i>Ala major</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os zygomaticum</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Maxilla</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Mandibula</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		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"/>			<i>Ala major</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Os zygomaticum</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"/>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">rechts</th> <th style="text-align: center;">links</th> <th style="text-align: center;">nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><i>Scapula</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Proc. coracoideus</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Acromion</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Patella</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Sternum</i></td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Becken</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">rechts</th> <th style="text-align: center;">links</th> <th style="text-align: center;">nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><i>Os pubis</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os ischium</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os ilium</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		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>Acromion</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"/>			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"/>	<p>Wirbelsäule</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Wirbel</th> <th style="text-align: center;">-körper</th> <th style="text-align: center;">-bogen</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">re</th> <th style="text-align: center;">li</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>C1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C2</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C3</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C4</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C5</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C6</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C7</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th2</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th3</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th4</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th5</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th6</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th7</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th8</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th9</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th10</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th11</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th12</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L2</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L3</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L4</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L5</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S2</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S3</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S4</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S5</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p>Anzahl Bögen nb: _____ C: ____ Th: ____ L: ____</p> <p>Anzahl Körper nb: _____ C: ____ Th: ____ L: ____</p>	Wirbel	-körper	-bogen		re	li	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"/>
	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"/>																																																																																																																																																																																														
<i>Ala major</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																												
<i>Os zygomaticum</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"/>																																																																																																																																																																																												
	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>Acromion</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"/>																																																																																																																																																																																													
	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"/>																																																																																																																																																																																												
Wirbel	-körper	-bogen																																																																																																																																																																																													
	re	li																																																																																																																																																																																													
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"/>																																																																																																																																																																																													
<p>Rechte Körperseite</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Epiphyse P</th> <th style="text-align: center;">P 1/3</th> <th style="text-align: center;">M 1/3</th> <th style="text-align: center;">D 1/3</th> <th style="text-align: center;">Epiphyse D</th> <th style="text-align: center;">Lage nb</th> <th style="text-align: center;">Seite nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><i>Humerus</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Radius</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Ulna</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Femur</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Tibia</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Fibula</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Clavicula</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Linke Körperseite</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Epiphyse P</th> <th style="text-align: center;">P 1/3</th> <th style="text-align: center;">M 1/3</th> <th style="text-align: center;">D 1/3</th> <th style="text-align: center;">Epiphyse D</th> <th style="text-align: center;">Lage nb</th> <th style="text-align: center;">Seite nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><i>Humerus</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Radius</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Ulna</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Femur</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Tibia</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Fibula</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Clavicula</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Rippen (Anzahl)</p> <p>rechts _____</p> <p>links _____</p> <p>Anzahl an Fragmenten _____</p>																																																													
	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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																								
	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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																								

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>	Seam- 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl	nb Hand- wurzel	nb Fuß- wurzel	<i>Meta- tarsalia</i>	Fuß- phalange P	Fuß- phalange M	Fuß- phalange D	<i>Meta- carpal.</i>	Hand- phalange P	Hand- phalange M	Hand- phalange D
rechts										
links										
nb										



Weitere Beobachtungen:

Abbildung verändert nach Schaefer M, Black S, Scheuer L (2009) Juvenile Osteology: A Laboratory and Field Manual. Academic Press, Burlington, San Diego, London.

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

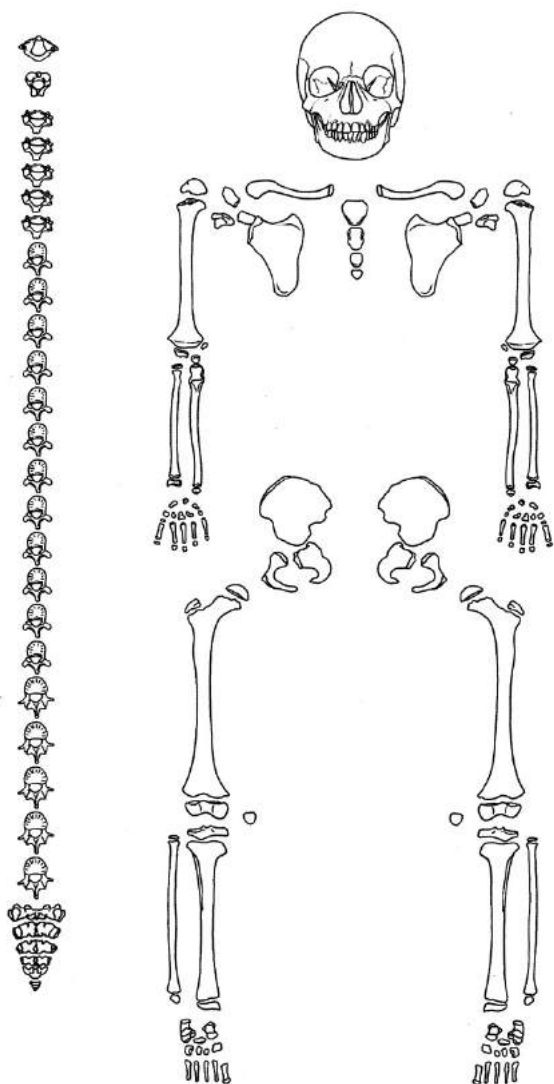
Skelettidentifikation:

<p>Schädel</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">rechts</th> <th style="text-align: center;">links</th> <th style="text-align: center;">nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><i>Os parietale</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os frontale</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os occipitale</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os temporale</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os nasale</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os zygomaticum</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os sphenoidale</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Maxilla</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Mandibula</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		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>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>Maxilla</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Mandibula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">rechts</th> <th style="text-align: center;">links</th> <th style="text-align: center;">nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><i>Scapula</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Proc. coracoideus</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Acromion</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Patella</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Sternum</i></td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Becken</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">rechts</th> <th style="text-align: center;">links</th> <th style="text-align: center;">nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><i>Os pubis</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os ischium</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Os ilium</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		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>Acromion</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"/>			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"/>	<p>Wirbelsäule</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Wirbel</th> <th>-körper</th> <th>-bogen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>C1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C2</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C3</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C4</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C5</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C6</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>C7</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th2</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th3</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th4</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th5</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th6</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th7</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th8</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th9</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th10</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th11</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Th12</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L2</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L3</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L4</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>L5</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S2</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S3</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S4</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>S5</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p>Anzahl Bögen nb: _____ C: _____ Th: _____ L: _____</p> <p>Anzahl Körper nb: _____ C: _____ Th: _____ L: _____</p>	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"/>
	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>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>Maxilla</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																									
<i>Mandibula</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>Acromion</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"/>																																																																																																																																																																										
	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"/>																																																																																																																																																																									
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"/>																																																																																																																																																																										
<p>Rechte Körperseite</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Epiphyse P</th> <th style="text-align: center;">P 1/3</th> <th style="text-align: center;">M 1/3</th> <th style="text-align: center;">D 1/3</th> <th style="text-align: center;">Epiphyse D</th> <th style="text-align: center;">Lage nb</th> <th style="text-align: center;">Seite nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><i>Humerus</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Radius</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Ulna</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Femur</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Tibia</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Fibula</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">medial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">lateral</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td><i>Clavicula</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		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"/>		medial				lateral			<i>Clavicula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Linke Körperseite</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Epiphyse P</th> <th style="text-align: center;">P 1/3</th> <th style="text-align: center;">M 1/3</th> <th style="text-align: center;">D 1/3</th> <th style="text-align: center;">Epiphyse D</th> <th style="text-align: center;">Lage nb</th> <th style="text-align: center;">Seite nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><i>Humerus</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Radius</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Ulna</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Femur</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Tibia</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><i>Fibula</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">medial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">lateral</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td><i>Clavicula</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		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"/>		medial				lateral			<i>Clavicula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Rippen (Anzahl)</p> <p>rechts _____</p> <p>links _____</p> <p>Anzahl an Fragmenten _____</p>																										
	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"/>																																																																																																																																																																					
	medial				lateral																																																																																																																																																																							
<i>Clavicula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
	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"/>																																																																																																																																																																					
	medial				lateral																																																																																																																																																																							
<i>Clavicula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					

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>	Seam- 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl	nb Hand- wurzel	nb Fuß- wurzel	<i>Meta- tarsalia</i>	Fuß- phalange P	Fuß- phalange M	Fuß- phalange D	<i>Meta- carpal.</i>	Hand- phalange P	Hand- phalange M	Hand- phalange D
rechts										
links										
nb										



Weitere Beobachtungen:

Abbildung verändert nach Schaefer M, Black S, Scheuer L (2009) Juvenile Osteology: A Laboratory and Field Manual. Academic Press, Burlington, San Diego, London.

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

Skelettidentifikation:

Altersspanne laut Zahndurchbruch

Epi-/Apophysen- Diagnostisch wichtigste Merkmale (ggf. Rückseite/Zusatzblatt benutzen)	Geschlossen	Naht ersichtlich	Offen	Alters- hinweis

Weitere Merkmale (z.B. Maße div. Knochen)

Geschätztes Alter:

Merkmal	Stadium	Merkmal	Stadium
Becken		Schädel	
<i>Arc composé</i>		Form des anterior- dentalen Bogens	
<i>Incisura ischiadica major</i>		Gonion	
Krümmung des Iliumkammes		<i>Mentum</i>	

Weitere Merkmale (z.B. Winkel des <i>Meatus acusticus internus</i> , div. Maße, Diskriminanzanalysen, bei schon verwachsenem Becken: Merkmale erwachsener Individuen nutzen!)

Geschätztes Geschlecht:

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									Anzahl	Rechts			Links				
									OK								
									UK								
									Gesamt								

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										Anzahl		Rechts		Links			
										OK							
										UK							
										Gesamt							

Skelettidentifikation:

Osteometrie:

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

Beprobung:

Zahn/ Skelettelement	Position	Zweck	Zur Analyse an

Skelettidentifikation:

Schädel			
	v	nv	nb
lytische Defekte	<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"/>
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!