

HELYSZÍNI HALOTTVIZSGÁLATI LAP

NÉV: _____ ANYJA NEVE: _____

SZÜLETÉSI DÁTUM: _____

IRATOK: szig. / lakcímkártya / TAJ / egyéb: _____

HALOTTVIZSGÁLAT IDEJE: _____

HALOTTVIZSGÁLAT HELYE: _____

eHVB azonosító száma: _____

Halál biztos jelei: hullafoltok / hullamerevség / bomlás / trauma

Hullafoltok: süllyedéses / beivódásos

Hullamerevség: rágóizület / váll / könyök / csukló / csípő /

térd / boka _____

Tápláltság: közepesen / túlsúlyos / vékony

Élvezeti szerek: alkohol / dohányzás / kábítószer / egyéb: _____

Fej:

pupillák: fénymereg // szaruhártyák: áttetsző / tört fényű

kötőhártyák: közepesen vérbő / halvány / vérbő / petechia

orrgyök: stabil // orrnyílások: szabad / -ban _____

szájüreg: szabad / -ben _____

nyelv, látható nyálkahártya: ép // fogazat: ép / hiányos / pótoltt

külső hallójárat: szabad / -ban _____

Kóros mozgathatóság: agykoponya / arckoponya / orr / nyaki

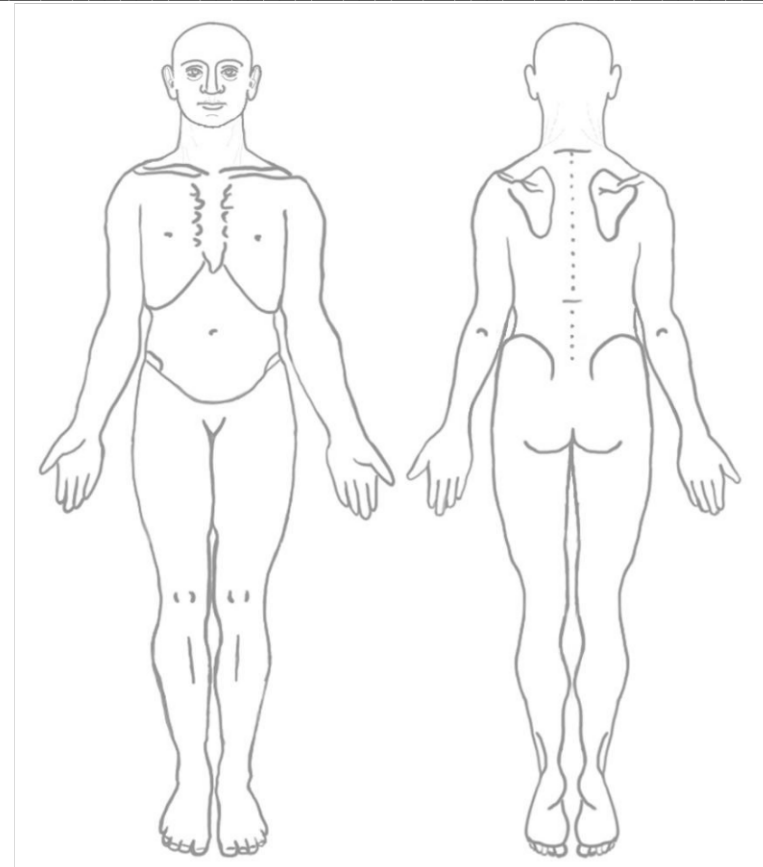
gerinc / mellkas / medence / felső végtag / alsó végtag

részletezve: _____

Hegyek: _____

Külsérelmi nyomok: _____

Előzményi adatok: _____



Kórboncolás nem szükséges / Kórboncolás / Hatósági eljárás

Indoklás: _____

K.m.f.

Vizsgálatot végezte:

P.H., aláírás