

CHECKLIST ONDERZOEK EN VASTLEGGING LIJKSCHOUW

(Verkorte versie)

ALGEMENE GEGEVENS

Naam forensisch arts:

Datum melding/verrichting:		Tijdstip melding:	uur
Begintijd verrichting:	uur	Eindtijd verrichting:	uur

Melding door: (naam contactpersoon)

Regiopolitie (regionaal in te vullen)

-
-
-

Justitie: OvJ: mr

Behandelend arts: Anders, nl:

Betreft:

Naam:	Voornamen/-letters:	(M/V)
Geboortedatum:	Geboorteplaats:	
Adres:	Woonplaats:	
Huisarts:	Behandelend arts:	

Lijkschouw (om uur)

Datum overlijden:	PD-locatie:	
Plaats overlijden:	Locatie lijkschouw:	
	Tijdstip overlijden:	uur (<i>geschat/exact</i>)
	Opgebaard in:	

Conclusie: **Natuurlijke dood** **Twijfel** **Niet natuurlijke dood**
(Vermoedelijke) doodsoorzaak:

Lichaam vrijgegeven: nee ja, door OvJ Tijdstip: uur
 wel geen bezwaar tegen uitstel begraving

Donatieprocedure: ORGAAN nee ja WEEFSEL nee ja

Huisarts geïnformeerd: ja nee, want via HAP waarnemer

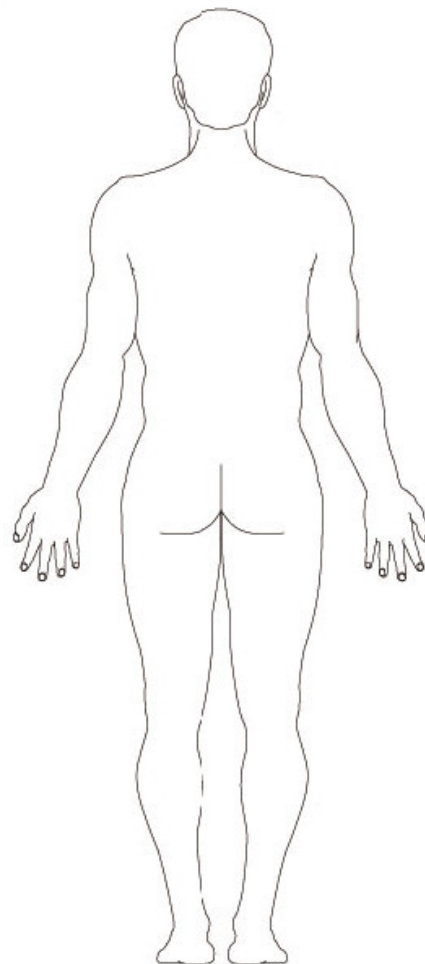
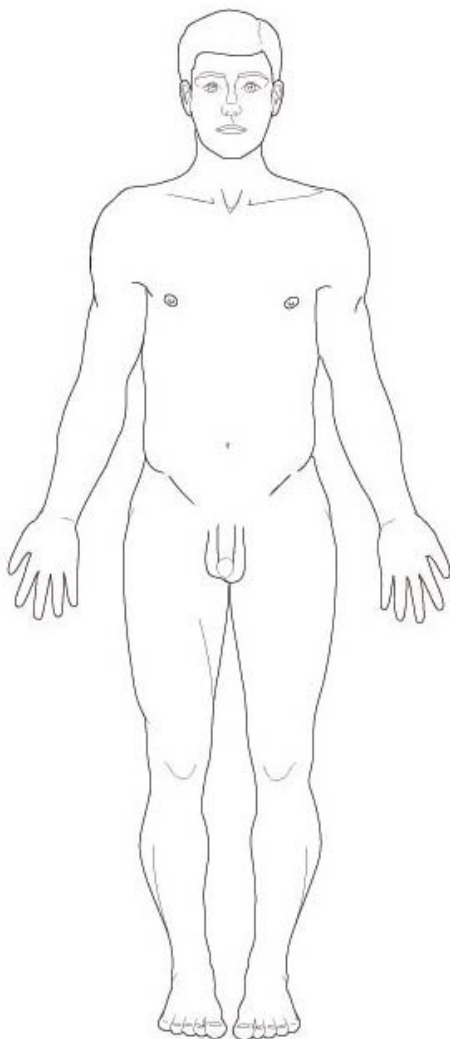
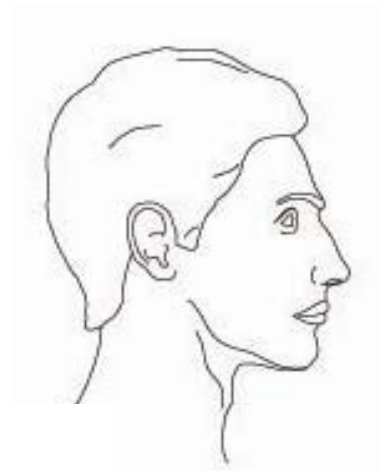
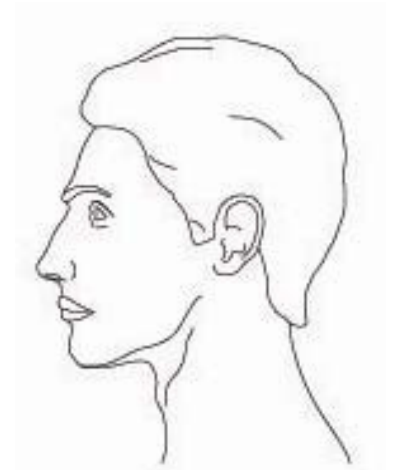
Datum:

Handtekening:

SPECIFIEKE GEGEVENS

<input type="checkbox"/> Contactpersoon / leider PD	
Situatie	Nadere uitgebreide toelichting op het geheel kan in deze kolom
<input type="checkbox"/> overzicht situatie (evt. foto!) <input type="checkbox"/> toestand woning (slot,(wan)orde) <input type="checkbox"/> temperatuur omgeving <input type="checkbox"/> alcohol/ drugs aanwezig <input type="checkbox"/> medicijnen / lege strips <input type="checkbox"/> portemonnee/identiteitsbewijs <input type="checkbox"/> post / krant / brievenbus <input type="checkbox"/> waardevolle spullen (gsm/tv) <input type="checkbox"/> afvalemmer	
Heteroamanese	
<input type="checkbox"/> laatste keer gezien / door wie <input type="checkbox"/> info familie / derden <input type="checkbox"/> info huisarts <input type="checkbox"/> voorgeschiedenis (med /soc.) <input type="checkbox"/> medicijngebruik <input type="checkbox"/> lichamelijke conditie <input type="checkbox"/> klachten laatste tijd <input type="checkbox"/> drank / drugsgebruik <input type="checkbox"/> suïcidale uitingen <input type="checkbox"/> psychiatrische klachten	
Lichaam / PD	
<input type="checkbox"/> houding lichaam <input type="checkbox"/> lichaam / relatie omgeving <input type="checkbox"/> kleding <input type="checkbox"/> bloedsporen (positie / vorm) <input type="checkbox"/> letsels (pre /postmortaal) <input type="checkbox"/> toxicologische signalen <input type="checkbox"/> sporen drugs- alcoholmisbruik <input type="checkbox"/> plaats lijkvlekken/lichaamspositie <input type="checkbox"/> lijkvlekken (kleur / wegdrukbaar) <input type="checkbox"/> mate lijkstijfheid <input type="checkbox"/> temperatuur lichaam <input type="checkbox"/> andere postmortale versch'n <input type="checkbox"/> bijz.kenmerken (litteken/tatoo) <input type="checkbox"/> ringen / horloge / sieraden	
Foto's gemaakt	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> door TR <input type="checkbox"/> zelf	

Hoofd gelaat achterhoofd	
Hals nek	
Romp borst rug heup buik genitaliën	
Armen linkerarm rechterarm linkerhand rechterhand	
Benen linkerbeen rechterbeen linkervoet rechtervoet	



e Ge

VERSLAGLEGGING

Betreft:

Naam:

Voornaam:

Geboren: te

Wonende: te

Overleden (bevonden):

Voorgeschiedenis/heteroanamnese

Onderzoek (lijkschouw in engere zin)

algemeen

hoofd

hals

oksels

romp

bekken

armen

benen

Samenvatting

Conclusie: Natuurlijke dood Twijfel Niet-natuurlijke dood
(Vermoedelijke) doodsoorzaak:

Naam

Datum

Handtekening