



## Monitoring Wolf – Kadaverfund Wildtier

<b>Fotodokumentation:</b> <input type="checkbox"/> Überblick (Lage) <input type="checkbox"/> Schleifspur <input type="checkbox"/> Kadaver Gesamtansicht	
<b>VOR</b> Abhäuten <input type="checkbox"/> vermuteter Tötungsbiss <input type="checkbox"/> Fraßstellen/weitere Verletzungen	
Kadaver wurde <b>abgehäutet:</b> <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> komplett <input type="checkbox"/> teilweise, wo:	
<b>Nach Abhäuten sichtbar:</b>	
<input type="checkbox"/> <u>keine Gewebeerletzungen:</u>	
<input type="checkbox"/> <u>Gewebeerletzungen MIT Unterhautblutungen:</u>	
1. BISSverletzungen Hals:	
<input type="checkbox"/> einfacher Biss <input type="checkbox"/> nachgefasst <input type="checkbox"/> großflächig / mehrere Stellen <input type="checkbox"/> unbestimmt	
2. weitere BISSverletzungen, wo:	
3. <input type="checkbox"/> > 50 % der Bisse haben die Decke durchdrungen	
<input type="checkbox"/> < 50 % der Bisse haben die Decke durchdrungen	
4. Durchmesser der meisten (> 50%) Bisslöcher:            mm	
5. Zahnabstand messbar: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja            cm	
6. Unterhautblutungen, die KEINEM Biss zugeordnet werden können, wo:	
<input type="checkbox"/> <u>Gewebeerletzungen OHNE Unterhautblutungen:</u>	
1. Bisslöcher ohne Unterhautblutungen vorhanden, wo:	
<input type="checkbox"/> <u>Krallenspuren</u> , wo:	
Wurden Knochen durchgebissen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	
<b>Fotodokumentation NACH</b> Abhäuten:	
<input type="checkbox"/> linke Körperseite	<input type="checkbox"/> Zahnabstand, wenn messbar (Decke)
<input type="checkbox"/> rechte Körperseite	<input type="checkbox"/> weitere Verletzungen Decke
<input type="checkbox"/> vermuteter Tötungsbiss (Decke + Körper)	<input type="checkbox"/> weitere Verletzungen Körper
<b>Kondition des Tieres:</b> <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> unklar	
<b>Probennahme:</b> <input type="checkbox"/> Unterkiefer <input type="checkbox"/> Röhrenknochen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> andere:	
<b>Knochenmark</b> (Oberschenkel): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (1 = fest, hellgelb/weiß; 5 = wässrig, rot)	
<b>BEMERKUNGEN/EINSCHÄTZUNG ZUR TODESURSACHE:</b>	
<b>protokolliert am:</b>	<b>von:</b>