

Vettvangur:

PERSÓNULÝSING

Fyllið út aðeins eitt blað fyrir hvern grunaðan

Skráðu það sem þú sást sjálfur
-láttu ekki aðra hafa áhrif á þig!

Grunaður nr:	<input type="checkbox"/> Karl <input type="checkbox"/> Kona							
	Tungumál	Erlendur breimur	Mállyska	Upprunaland				
Aldur	<input type="checkbox"/> < 14	<input type="checkbox"/> 15 - 19	<input type="checkbox"/> 20 - 25	<input type="checkbox"/> 26 - 35	<input type="checkbox"/> 36-50	<input type="checkbox"/> 51 >		
Hæð	<input type="checkbox"/> < 160	<input type="checkbox"/> 165	<input type="checkbox"/> 170	<input type="checkbox"/> 175	<input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 185	<input type="checkbox"/> 190	<input type="checkbox"/> 195>
Vaxtarlag	<input type="checkbox"/> Grannur	<input type="checkbox"/> Meðalmaður	<input type="checkbox"/> Þrekinn	Sérkenni í vaxtarlagi				
Klæðnaður	Að ofan: (höfuðfat, grima, peysa, yfirhöfn)			Að neðan: (buxur, pijs, hanskar, skór)				
Andlitsfall	<input type="checkbox"/> Kringlótt	<input type="checkbox"/> Eggлага	<input type="checkbox"/> Langleitt	<input type="checkbox"/> Grannleitt	<input type="checkbox"/> Breitt			
	Annað:							
Húðlitur	<input type="checkbox"/> Hvítur	<input type="checkbox"/> Rjóður	<input type="checkbox"/> Brúnn	<input type="checkbox"/> Fölur	<input type="checkbox"/> Svartur	<input type="checkbox"/> Dökkur		
	Merki eða annað (bólur, sár, ör og þ.h.).							
Hárlitur	<input type="checkbox"/> Svart	<input type="checkbox"/> Dökkt	<input type="checkbox"/> Skollitað	<input type="checkbox"/> Ljóst	<input type="checkbox"/> Grátt	<input type="checkbox"/> Litað		
	<input type="checkbox"/> Sköllóttur	Annað:						
Hárgreiðsla	<input type="checkbox"/> Slétt	<input type="checkbox"/> Liðað	<input type="checkbox"/> Hrokkið	<input type="checkbox"/> Stutt	<input type="checkbox"/> Sítt	<input type="checkbox"/> Millisítt		
	Annað:							
Augu	<input type="checkbox"/> Blá	<input type="checkbox"/> Grá	<input type="checkbox"/> Brún	<input type="checkbox"/> Græn	Annar litur:			
	<input type="checkbox"/> Stutt milli augna		<input type="checkbox"/> Langt milli augna		<input type="checkbox"/> Þung augnalok			
	<input type="checkbox"/> Opin	<input type="checkbox"/> Rangeygur	<input type="checkbox"/> Gleraugu	<input type="checkbox"/> Linsur	Annað:			
Nef	<input type="checkbox"/> Stórt	<input type="checkbox"/> Lítið	<input type="checkbox"/> Beint	<input type="checkbox"/> Breitt	<input type="checkbox"/> Mjótt	<input type="checkbox"/> Arnarnef		
Munnur	<input type="checkbox"/> Stór	<input type="checkbox"/> Lítill	<input type="checkbox"/> Þunnar varir		<input type="checkbox"/> Þykkar varir			
Tennur	<input type="checkbox"/> Jafnar	<input type="checkbox"/> Ójafnar	<input type="checkbox"/> Hvítar	<input type="checkbox"/> Mislitar	<input type="checkbox"/> Bil milli framtanna			
	Annað:							
Skegg	<input type="checkbox"/> Hökutoppur	<input type="checkbox"/> Órakaður	<input type="checkbox"/> Alskegg	<input type="checkbox"/> Yfirskegg	<input type="checkbox"/> Bartar			
	Annað:							
Hendur	Ör, húðflúr:			Vörtur, bólur:				
	Útlími sem vantar:			Hanskar:				
	Hringar:			Nagaðar neglur:				
	Rétthendur/örvhentur:			Annað:				
Limaburður	<input type="checkbox"/> Venjulegur	<input type="checkbox"/> Beinn	<input type="checkbox"/> Álútur	<input type="checkbox"/> Haltur				
	Annað:							
Rödd	<input type="checkbox"/> Æst	<input type="checkbox"/> Róleg	<input type="checkbox"/> Björt	<input type="checkbox"/> Dimm	<input type="checkbox"/> Stamandi			
	Annað:							
Hugarástand	<input type="checkbox"/> Rólegur	<input type="checkbox"/> Skipandi	<input type="checkbox"/> Örvæntingarfullur		Annað:			
Víma	<input type="checkbox"/> Engin	<input type="checkbox"/> Ölvun	<input type="checkbox"/> Önnur víma	Hvaða?	Annað:			
Meðferðis	<input type="checkbox"/> Veski	<input type="checkbox"/> Taska	<input type="checkbox"/> Bréfpoki	<input type="checkbox"/> Bakpoki	<input type="checkbox"/> Plastpoki			
	Annað:		Áritun/firmamerki:					
Vopn Sjá bakhlið	<input type="checkbox"/> Skambyssa	<input type="checkbox"/> Riffill	<input type="checkbox"/> Haglabysa	<input type="checkbox"/> Afsöguð haglabysa				
	<input type="checkbox"/> Hnífur	<input type="checkbox"/> Sprauta	<input type="checkbox"/> Vélbyssa	Annað:				
Ökutæki Sjá bakhlið	<input type="checkbox"/> Fólksbifreið	<input type="checkbox"/> Stationbifreið	<input type="checkbox"/> Vörubifreið	<input type="checkbox"/> Sendiferðabifreið				
	<input type="checkbox"/> Mótorhjól	<input type="checkbox"/> Skellinaðra	<input type="checkbox"/> Reiðhjól	Annað:				
	Númer:	Litur:		Gerð:				