	Stempel des Verordnenden
AGSMO-Laufzettel: Überweisung / Konsil vor antiresorptiver Therapie des Knochens mit Bisphosphonaten oder Denosumab	
Patientendaten:	
Kiefernekrosen-Risiko: ⊠=gering ⊠⊠=mittel ⊠⊠⊠=hoch	
Grunderkrankung:	Datum Unterschrift
□ ⊠ primäre Osteoporose	
☐ ⊠⊠ sekundäre/therapieinduzierte Osteoporose	
□ ⊠⊠ solider Tumor (Mamma-, Prostata-CA o.a.) ohne ossäre Metastasierung	
(Prophylaxe; Vermeidung von ossären Metastasen)	
□ ⊠⊠⊠ solider Tumor (Mamma-, Prostata-CA o.a.) mit oss	ärer Metastasierung
□ ⊠⊠⊠ Multiples Myelom	
Sonderinformationen:	
Therapie-Dringlichkeit (z.B. Schmerz)	
<u>.</u>	*
□ ⊠⊠-⊠⊠ antiresorptive Therapie läuft bereits, seit wan	17
Medikation Bisphosphonat: Präparat	
□ ⊠ Non-Amino-Bisphosphonat (z.B. Clodronat)	
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Applikationsart: □ ⊠oral □ ⊠⊠ i.v. Intervall ca. alle 6 Mo.	
□ ⋈ i.v. Intervall alle 12 Mo. □ ⋈⋈⋈ i.v	
Denosumab:	
Applikationsart:	\mathfrak{D})
$\square\square\square$ $\boxtimes\boxtimes$ s.c 120 mg ca. alle 4 Wo. (X	(Geva®)
Applikationsdauer, geplant	
Präparatwechsel □ erfolgt, wann? früheres Präparat	
□ geplant, wann? zukünftiges Präp	arat
weitere aktuell vorgesehene (ggf. onkologische) Therapie	
☐ ⊠ Hormontherapie, welche	
□ ⊠⊠ Chemotherapie Therapieprotokoll	
☐ ☑ Immun- oder Antikörpertherapie, welche	
□ ⊠⊠ Cortison, ggf. Therapie-Dauer	
 □ ⊠⊠⊠ Antiangiogenetische Therapie (insbes. Bevacizumab), welche □ ⊠⊠⊠ Kopf-Hals-Strahlentherapie (andere Planungszielvolumen nicht eintragen!) 	
Dosis	
Fraktionierung	
☐ Sonstige relevante Medikation	
•••••	
Zahnstatus (wird vom Zahnarzt oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen ausgefüllt)	
☐ ⊠ keine zahnärztliche/chirurgische Therapie notwendig	
□ ⊠ kariöse Läsionen	☐ Therapie ist erfolgt
□ ☑ Implantate □ ☑☑☑ Periimplantitis	1 0
□ ⊠⊠ schleimhautgetragene Prothesen □ ⊠⊠⊠ Druckstellen	☐ Therapie ist erfolgt
prothetische Neuversorgung erforderlich, ggf. wann?	
□ ⊠⊠⊠ Parodontitis	☐ Therapie ist erfolgt
 □ ⊠⊠ andere Keimkontaminationen, welche? □ ⊠⊠ anstehende Zahnentfernungen, ggf. welche / wann? 	
sonstige Empfehlungen bitte auf der Rückseite vermerken	I therapie ist errorgt
	Stempel ZMK / MKG
empfohlene Recall-Intervalle: \Box 3 Mo., \Box 6 Mo., \Box 12 Mo.	
Datum: Unterschrift	
E. Schiegnitz, Mainz; K.A. Grötz, Wiesbaden; www.agsmo.de AGSMO-Laufzettel empfohlen durch die S3-Leitlinie AR-ONJ (007-091; www.awmf.de)	
1300110-Laurzener empremen aufen die 53-Leitinge AK-ONJ (00/-031, www.awiill.de)	İ