

AGSMO-Laufzettel:

Überweisung / Konsil vor antiresorptiver Therapie des Knochens mit Bisphosphonaten oder Denosumab

Patientendaten:.....

Kiefernekrosen-Risiko: ●=gering ●=mittel ●=hoch

Grunderkrankung:

- 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 ossärer Metastasierung
- Multiples Myelom

Sonderinformationen:

Therapie-Dringlichkeit (z.B. Schmerz) hoch / mittel / niedrig
Therapie-Indikation Tumor kurativ palliativ
● antiresorptive Therapie läuft bereits, seit wann?

Medikation

Bisphosphonat: Präparat.....

- Non-Amino-Bisphosphonat (z.B. Clodronat)
 - Amino-Bisphosphonat (z.B. Zoledronat, Ibandronat, Alendronat))
- Applikationsart: ● oral ● i.v. Intervall ca. alle 6 Mo.
 ● i.v. Intervall alle 12 Mo. ● i.v. Intervall ca. alle 4 Wo.

Denosumab:

Applikationsart: ● s.c 60 mg ca. alle 6 Mo. (Prolia®)
 ● s.c 120 mg ca. alle 4 Wo. (XGeva®)

Applikationsdauer, geplant.....
Präparatwechsel erfolgt, wann? früheres Präparat.....
 geplant, wann? zukünftiges Präparat.....

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 Therapie ist erfolgt
 - schleimhautgetragene Prothesen ● Druckstellen Therapie ist erfolgt
 - prothetische Neuversorgung erforderlich, ggf. wann? Therapie ist erfolgt
 - Parodontitis Therapie ist erfolgt
 - andere Keimkontaminationen, welche?..... Therapie ist erfolgt
 - anstehende Zahnentfernungen, ggf. welche / wann? Therapie ist erfolgt
- sonstige Empfehlungen bitte auf der Rückseite vermerken*

empfohlene Recall-Intervalle: 3 Mo., 6 Mo., 12 Mo.

Datum: Unterschrift

Stempel des Verordnenden	
Datum	Unterschrift

Stempel ZMK / MKG
