

# 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-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 Vermeidung Knochenmetastasen  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 3 - 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.

s.c 120 mg ca. alle 4 Wo.

Applikationsdauer, geplant.....

Präparatwechsel  erfolgt, wann? ..... früheres Präparat.....

geplant, wann? ..... zukünftiges Präparat.....

### weitere aktuell vorgesehene (ggf. onkologische) Therapie

Hormontherapie, welche.....

Chemotherapie Therapieprotokoll.....

Antikörpertherapie, welche.....

Immun-Checkpoint Inhibitorthherapie, 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 erfolgt

Implantate

Periimplantitis

Therapie erfolgt

schleimhautgetragene Prothesen

Druckstellen

Therapie erfolgt

prothetische Neuversorgung erforderlich, ggf. wann? .....

Therapie erfolgt

Parodontitis

Therapie erfolgt

andere Keimkontaminationen, welche?.....

Therapie erfolgt

anstehende Zahnentfernungen, ggf. welche / wann? .....

Therapie erfolgt

sonstige Empfehlungen bitte auf der Rückseite vermerken

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

Datum:

Unterschrift

E. Schiegnitz, Mainz; K.A. Grötz, Wiesbaden; [www.agsmo.de](http://www.agsmo.de) oder [www.onkosupport.de](http://www.onkosupport.de)  
AGSMO-Laufzettel empfohlen durch die S3-Leitlinie AR-ONJ (007-091; [www.awmf.de](http://www.awmf.de))

Stempel des Verordnenden

Datum

Unterschrift

Stempel ZMK / MKG