

Stempel des BP-Verordnenden

## Überweisung / Konsil vor Bisphosphonat-Therapie

Patientendaten:.....

Datum

Unterschrift

### Grunderkrankung:

- Plasmocytom
- Mammakarzinom
- Prostata-Ca
- Anderer Tumor .....
- Osteoporose
- sonstige, welche?.....

### Indikation:

- ossäre Metastasierung
  - oligometast.     multipel
- Prophylaxe, ohne ossäre Metastasen
- Andere, welche .....

### Sonderinformationen:

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

### Bisphosphonat

- Präparat.....  
 Applikationsart     i.v.     oral  
 Dosierung..... Intervalle.....  
 Applikationsdauer, geplant.....  
 Präparatwechsel     erfolgt, wann? ..... früheres Präparat..... seit .....  
                            geplant, wann? ..... zukünftiges Präparat.....

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

- Chemotherapie  
Therapieprotokoll.....
- Kopf-Hals-Strahlentherapie (*andere Planungszielvolumen nicht eintragen!*)  
Dosis .....
- Fraktionierung.....
- Hormontherapie, welche.....
- Immun- oder Antikörpertherapie, welche.....
- Cortison, ggf. Therapie-Dauer.....
- Sonstige relevante Medikation.....

### Zahnstatus (wird vom Zahnarzt oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen ausgefüllt)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> anstehende Zahntfernungen, ggf. wann? .....                                      | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |
| <input type="checkbox"/> nekrotisierend ulzeröse Parodontitis ( <i>früher akute marginale P.</i> )        | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |
| <input type="checkbox"/> chronische (inkl. aggressive) Parodontitis ( <i>früher chron. marginale P.</i> ) | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |
| <input type="checkbox"/> apikale Parodontitis   | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |
| <input type="checkbox"/> kariöse Läsionen   | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |
| <input type="checkbox"/> Implantate <input type="checkbox"/> Periimplantitis                              | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |
| <input type="checkbox"/> schleimhautgetragene Prothesen <input type="checkbox"/> Druckstellen             | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |
| <input type="checkbox"/> prothetische Neuversorgung erforderlich, ggf. wann? .....                        | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |
| <input type="checkbox"/> andere Keimkontaminationen, welche?.....   | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |

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

Datum:

Unterschrift

Stempel ZMK / MKG