

Checkliste

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

Stempel des Verordnenden

Datum
Unterschrift

Patientendaten:

Grunderkrankung:

- Prostata-Ca Anderer Tumor:
- Osteoporose

Indikation:

- Prophylaxe, ohne ossäre Metastasen
- Sonstige Indikation:
- Ossäre Metastasierung
- oligometast.
- multipel
- andere:

Sonderinformationen:

- Therapie-Dringlichkeit (z.B. Schmerz)
- hoch Therapie-Indikation Tumor
- mittel kurativ
- niedrig palliativ

Antiresorptive Therapie läuft bereits, seit:

Bisphosphonat / Denosumab

Präparat:

Applikationsart: i.v. oral s.c.

Dosierung: Intervalle:

Applikationsdauer, geplant:

Präparatwechsel erfolgt, wann? Früheres Präparat:

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:
- Kortison, ggf. Therapie-Dauer:
- Sonstige relevante Medikation (zB. antiangiogenetische Therapie):

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

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anstehende Zahnentfernungen, ggf. welche / wann? | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |
| <input type="checkbox"/> Nekrotisierend-ulzeröse Parodontitis (früherakute marginale P.) | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |
| <input type="checkbox"/> Chronische (inkl. aggressive) Parodontitis (früherchron. marginale P.) | <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 |

Sonstige Empfehlungen bitte auf der Rückseite vermerken

Empfohlene Recall-Intervalle: 3 Monate 6 Monate 12 Monate

Datum: Unterschrift:

Stempel ZMK / MKG