

Konsil vor Bisphosphonat-Therapie (BP-Therapie)

Zum Ausfüllen bitte Ihrem Onkologen oder onkologischen Gynäkologen vorlegen.

Patient/in

Grunderkrankung

- Mammakarzinom
- anderer Tumor:
- Osteoporose
- sonstige:

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:

Cortison, ggf. Therapie-Dauer

Sonstige relevante Medikation:

Stempel des BP-Verordnenden

Datum, Unterschrift

Konsil vor Bisphosphonat-Therapie (Zahnstatus)

Zum Ausfüllen bitte Ihrem Zahnarzt oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen vorlegen.

Patient/in

Zahnstatus

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> anstehende Zahntentfernungen, ggf. wann? | <div style="border: 1px dashed gray; width: 280px; height: 20px;"></div> | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |
| <input type="checkbox"/> nekrotisierend ulzeröse Parodontitis (früher akute marginale P.) | | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |
| <input type="checkbox"/> chronische (inkl. aggressive) Parodontitis (früher chron. 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? | <div style="border: 1px dashed gray; width: 210px; height: 20px;"></div> | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |
| <input type="checkbox"/> andere Keimkontaminationen, welche? | <div style="border: 1px dashed gray; width: 320px; height: 20px;"></div> | <input type="checkbox"/> Therapie erfolgt |

empfohlene Recall-Intervalle:

- 3 Monate
 6 Monate
 12 Monate

Stempel ZMK / MKG

Datum, Unterschrift

Raum für Ergänzungen