

## 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