

## Konsil vor Bisphosphonat-Therapie

Patientendaten: .....

### 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 Zahnentfernung, 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 Monate     6 Monate     12 Monate

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_