Stempel des Verordnenden

Datum Unterschrift

ASORS-Laufzettel:

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

Patientendaten:.....

Grunderkrankung:

- ☐ Multiples Myelom / 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

antiresorptive Therapie läuft bereits, seit wann? .....

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

- ☐ Antiangiogenetische Therapie (insbes. Bevacizumab), welche…….…….
- ☐ 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*)

- ☐ anstehende Zahnentfernungen, ggf. welche / wann? …….. ☐ Therapie erfolgt
- ☐ nekrotisierend ulzeröse Parodontitis *(früher akute marginale P.)* ☐ Therapie erfolgt
- ☐ chronische (inkl. aggressive) Parodontitis *(früher chron. marginale P.)* ☐ Therapie erfolgt
- ☐ apikale Parodontitis ☐ Therapie erfolgt
- ☐ kariöse Läsionen ☐ Therapie erfolgt
- ☐ Implantate ☐ Periimplantitis ☐ Therapie erfolgt
- ☐ schleimhautgetragene Prothesen ☐ Druckstellen ☐ Therapie erfolgt
  - ☐ prothetische Neuversorgung erforderlich, ggf. wann? ……. ☐ Therapie erfolgt
- ☐ andere Keimkontaminationen, welche?..... ☐ Therapie erfolgt

sonstige Empfehlungen bitte auf der Rückseite vermerken

Stempel ZMK / MKG

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

Datum: Unterschrift

K.A. Grötz, Wiesbaden, im Auftrag der ASORS; www.onkosupport.de
ASORS-Laufzettel empfohlen durch die S3-Leitlinie BP-ONJ (007-091; www.awmf.de)