DKG Zertifizierung
KREBSGESELLSCHAFT

AGSMO

Stempel des Verordnenden

Datum Unterschrift

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

**Patientendaten:** .....

**Kiefernekrosen-Risiko:** ⊕ = gering ⊕⊕ = mittel ⊕⊕⊕ = hoch

**Grunderkrankung:**

- ☐ ⊕ primäre Osteoporose ☐ ⊕⊕ sekundäre/therapieinduzierte Osteoporose
- ☐ ⊕⊕ solider Tumor (z.B. MammaCa) ohne ossäre Metastasierung (Prophylaxe; Vermeidung von ossären Metastasen)
- ☐ ⊕⊕⊕ solider Tumor (z.B. Mamma-, ProstataCa) mit ossärer Metastasierung
- ☐ ⊕⊕⊕ multiples Myelom
- ☐ Anderer Tumor: .....

**Sonderinformationen:**

Therapie-Dringlichkeit (z.B. Schmerz) ☐ hoch ☐ mittel ☐ niedrig

Therapie-Indikation Tumor ☐ kurativ ☐ palliativ

☐ ⊕⊕ - ⊕⊕⊕ Antiresorptive Therapie läuft bereits, seit: .....

**Medikation**

**Bisphosphonat:** Präparat .....

☐ ⊕ Non-Amino-Bisphosphonat (z.B. Clodronat) ☐ ⊕⊕⊕ Amino-Bisphosphonat (z.B. Zoledronat, Ibandronat)

Applikationsart: ☐ ⊕ oral ☐ ⊕⊕ i.v. (Intervall ca. alle 3-6 Monate)

☐ ⊕ i.v. (Intervalle alle 12 Mo.) ☐ ⊕⊕⊕ i.v. (Intervall ca. alle 4 Wochen)

**Denosumab:**

Applikationsart: ☐ ⊕ 60mg s.c. (ca. alle 6 Mo.) ☐ ⊕⊕⊕ 120mg s.c. (ca. alle 4 Wo.)

Applikationsdauer, geplant: .....

Präparatwechsel ☐ erfolgt, wann?..... früheres Präparat:.....

☐ geplant, wann?..... zukünftiges Präparat:.....

**Weitere aktuell vorgesehene (ggf. onkologische) Therapie**

- ☐ Hormontherapie (welche?):.....
- ☐ Chemotherapie (Therapieprotokoll?):.....
- ☐ Antikörpertherapie (welche?):.....
- ☐ Immuncheckpoint-Inhibitor-Therapie (welche?):.....
- ☐ Kortison, ggf. Therapie-Dauer:.....
- ☐ Antiangiogenetische Therapie (insbes. Bevacizumab) (welche?):.....
- ☐ Kopf-Hals-Strahlentherapie (andere Planungszielvolumen nicht eintragen)
  Dosis:..... Fraktionierung:.....
- ☐ Sonstige relevante Medikation: .....

---

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

- ☐ ⊕ keine zahnärztliche/chirurgische Therapie notwendig
- ☐ ⊕ Kariöse Läsionen ☐ Therapie erfolgt
- ☐ ⊕ Implantate ☐ ⊕⊕⊕ Periimplantitis ☐ Therapie erfolgt
- ☐ ⊕⊕ Schleimhautgetragene Prothesen ☐ ⊕⊕⊕ Druckstellen ☐ Therapie erfolgt
  - ☐ Prothetische Neuversorgung erforderlich, ggf. wann? ..... ☐ Therapie erfolgt
- ☐ ⊕⊕⊕ Parodontitis ☐ Therapie erfolgt
- ☐ ⊕⊕⊕ Andere Keimkontaminationen, welche?..... ☐ Therapie erfolgt
- ☐ ⊕⊕⊕ Anstehende Zahnentfernungen, ggf. welche/wann? ☐ Therapie erfolgt

***Sonstige Empfehlungen bitte auf der Rückseite vermerken***

Empfohlene Recall-Intervalle: ☐ 3 Monate ☐ 6 Monate ☐ 12 Monate

Datum: ..... Unterschrift: .....

Stempel ZMK / MKG

modifiziert nach: Schiegitz E, Grötz KA; www.agsmo.de o. www.onkosupport.de
AGSMO-Laufzettel empfohlen durch die S3-Leitlinie AR-ONJ (007-091; www.awmf.de)
240710_Checkliste_antiresorptive Therapie sw