Zahnärztliche Fachpraxis
in der Goldstraße

# Überweisung / Konsil vor Bisphosphonat-Therapie

Praxisstempel des BP-Verordnenden

Datum Unterschrift

Patient: .....

**Grunderkrankung:**
O Plasmocytom O Mammakarzinom
O Prostata-Ca O Osteoporose
O Anderer Tumor .....
O sonstige, welche? .....

**Indikation**
O ossäre Metastasierung
O oligometast. O multipel
O Prophylaxe, ohne ossäre Metastasen
O Andere, welche? .....

**Sonderinformationen:**
O Therapie-Dringlichkeit *(z. B. Schmerz)* O hoch O mittel O niedrig
O Therapie-Indikation O kurativ O palliativ
O BP-Therapie läuft bereits seit .....

**Bisphosphonat:**
Präparat .....
Applikationsart O i.v. O oral
Dosierung .....
Applikationsdauer, geplant .....
Präparatwechsel O erfolgt, wann? ..... früheres Präparat ..... seit .....
O geplant, wann? ..... zukünftiges Präparat .....

**Weitere aktuell vorgesehene (ggf. onkologische) Therapie:**
O Chemotherapie, Therapieprotokoll .....
O Kopf-Hals-Strahlentherapie *(anders Planungszielvolumen nicht eintragen)*
Dosis .....
Fraktionierung .....
O Hormontherapie, welche? .....
O Immun- oder Antikörpertherapie, welche? .....
O Cortison, ggf. Therapie-Dauer .....
O sonstige relevante Medikation .....

**Zahnstatus:** *(wird vom Zahnarzt oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen ausgefüllt)*
O anstehende Zahnentfernung(en), ggf. wann? ..... O Therapie erfolgt
O nekrotisierend ulzeröse Parodontitis O Therapie erfolgt
O chronische (inkl. aggressiver) Parodontitis O Therapie erfolgt
O apikale Parodontitits O Therapie erfolgt
O kariöse Läsionen O Therapie erfolgt
O Implantate O Periimplantitis O Therapie erfolgt
O schleimhautgetragene Prothese(n) O Druckstellen O Therapie erfolgt
O prothetische Neuversorgung erforderlich, ggf. wann? ..... O Therapie erfolgt
O andere Keimkontaminationen, welche? ..... O Therapie erfolgt
O empfohlenes Recall-Intervall O 3 Mo. O 6 Mo. O 2. Mo.

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

Dr. med. dent. Michael Behm Fachzahnarzt für Oralchirurgie Zahnarzt Hypnosetherapie
praxis@dr-behm.de www.dr-behm.de Goldstraße 1 33602 Bielefeld Tel. (05 21) 6 61 94 Fax (05 21) 6 61 04
Bogen nach ASORS (2011), www.onkosupport.de