



Überweisung bei (geplanter) antiresorptiver Therapie des Knochens mit Bisphosphonaten/Denosumab und/oder Gabe von antiangiogener Medikation

Patientenname, Geburtsdatum: _____

Grunderkrankung:

- Onkologisch: _____
 Osteoporose: primär sekundär
 Sonstige: _____

Indikation:

- ossäre Metastasierung
 Prophylaxe, ohne ossäre Metastasen
 Andere: _____

Weiterführende Informationen:

- Therapie-Dringlichkeit (z.B. auf Grund von Schmerzen) hoch mittel niedrig
Therapie-Indikation Tumor kurativ palliativ
 antiresorptive/antiangiogene Therapie läuft bereits, seit: _____

Geplantes/verabreichtes Bisphosphonat/antiangiogenes Medikament:

- Präparat: _____
Applikationsart: i.v. oral
Dosierung: _____ Intervall: _____
Applikationsdauer, geplant: _____
 Präparatwechsel erfolgte am _____ früheres Präparat: _____ seit _____
 geplant ab: _____ zukünftiges Präparat: _____

Weitere aktuell vorgesehene (ggf. onkologische) Therapie:

- Chemotherapie
Therapieprotokoll: _____
 Kopf-Hals-Strahlentherapie
Dosis: _____
Fraktionierung: _____
 Hormontherapie, welche: _____
 Immun- oder Antikörpertherapie: _____
 Cortison, ggf. Therapie-Dauer: _____
 Sonstige relevante Medikation: _____

Datum

Verordnender

Telefonnr. für Rückfragen