

Klinik und Poliklinik für Radiologie und Nuklearmedizin

Zentrum für Muskel- & Knochenforschung  
Leiter: Prof. Dr. med. Dieter Felsenberg

Korrespondenz: Stefanie López  
Tel. ..49 30 8445 4161 (Mo-Mi 10 - 15 Uhr)  
Fax ..49 30 8440 9942

[stefanie.lopez@charite.de](mailto:stefanie.lopez@charite.de)  
[www.charite.de/zmk](http://www.charite.de/zmk)

**Charité – Universitätsmedizin,  
Campus Benjamin Franklin  
Zentrum für Muskel- und  
Knochenforschung (ZMK)  
Hindenburgdamm 30  
12203 BERLIN**

## Zentralregister

Osteonekrosen des Kiefers unter Bisphosphonat-Therapie

### Demografische Daten des Patienten

(Liegt keine Einverständniserklärung des Patienten vor, bitte pseudonymisiert mit Geburtsdatum und Geschlecht melden)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Geschlecht m  w  Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt/ Zentrum \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name mitbehandelnder Kollegen \_\_\_\_\_

### Osteonekrose des Kiefers

#### Lokalisation

Maxilla	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandibula	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum der Erstdiagnose \_\_\_\_\_  
Größe (in mm) \_\_\_\_\_

### Medikamente / Grunderkrankung / Therapie

**Bisphosphonat:** Zoledronat  Pamidronat  Ibandronat  Clodronat  Risedronat   
Alendronat  Etidronat  Tiludronat  Sonstige  \_\_\_\_\_

	Name	Dosierung	Zeitraum (von-bis)	Applikationsform
1. Bisphosphonat:	_____	_____	_____	iv <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/>
2. Bisphosphonat:	_____	_____	_____	iv <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/>

3. Bisphosphonat: \_\_\_\_\_

iv  oral

### Indikation der Bisphosphonatgabe

**Osteoporose** ja  nein  unbekannt

**Maligne Grunderkrankung** ja  nein  unbekannt

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Datum Erstdiagnose \_\_\_\_\_

#### Metastasen

Knochen ja  nein  unbekannt

Andere ja  nein  unbekannt

Wenn ja, wo \_\_\_\_\_

**Maligne Hyperkalziämie** ja  nein  unbekannt

**Weitere** (z.B. Knochenschmerzen) ja  nein  unbekannt

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Andere Erkrankungen** \_\_\_\_\_

#### Radiatio

**Im Kopf / Hals Bereich** ja  nein  unbekannt

**Andere Regionen** ja  nein  unbekannt  Wo ? \_\_\_\_\_

Lokalisation	Zeitraum	Schema / GD	Kommentar

**Chemotherapie** ja  nein  unbekannt

Welche? / Schema	Zeitraum	Anzahl Zyklen	Kommentar

**Corticosteroide** ja  nein  unbekannt

Welche?	Zeitraum	Dosierung	Kommentar

**Sonstige Medikation**

ja  nein  unbekannt

Welche?	Zeitraum	Dosierung	Kommentar

**Zahnstatus**

**Jährliche Vorsorgeuntersuchung durch den Zahnarzt**

ja  nein  unbekannt

Wenn nein, wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Kam es während der Bisphosphonat-Therapie zu:

**Parodontalen Entzündungen**

ja  nein  unbekannt

Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Lokalisation

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

**Zahnextraktionen**

ja  nein  unbekannt

Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Lokalisation

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

**Wurzelkanalbehandlungen**

ja  nein  unbekannt

Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Lokalisation

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

**Kiefer-Osteotomien**

ja  nein  unbekannt

Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Lokalisation

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

**Andere zahn-/ kieferchirurgische Eingriffe**

ja  nein  unbekannt

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Wann \_\_\_\_\_

Lokalisation

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**Zahnprothesen (auch Teilprothesen)**

ja  nein  unbekannt

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Wann \_\_\_\_\_

Lokalisation

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**Implantate**

ja  nein  unbekannt

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Wann \_\_\_\_\_

Lokalisation

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**Diagnostik der Kiefernekrose**

**Klinischer Befund ( im Bereich der Mundhöhle )**

Beschwerden des Patienten (evtl. chronologisch)	Befund des Arztes (evtl. chronologisch)

Hierbei interessieren uns besonders Beschwerden/Befunde in der Entwicklung zur Kiefernekrose, so z.B.: Entzündungszeichen wie Rötung, Schmerz, Schwellung, Fieber etc., Wundheilungsstörungen, Auftreten einer Osteomyelitis, Anschwellen oder Ablösen der Gingiva, Taubheit, Mundgeruch, eitriger Fluß, Abszesse, Kau-/Sprechstörungen, Kiefersperre, lose Zähne, Ulkus etc.

**Bildgebende Diagnostik** (Bildkopie / Befundkopie erwünscht)

Verfahren	Befund inkl. Lokalisation	Datum	Wo durchgeführt
OPG			
CT / Dental-CT			
MRT			
Szintigraphie			

**Histologischer Befund** (Kopie auch möglich)

ja  nein  unbekannt

Wann / Wo durchgeführt \_\_\_\_\_

Ergebnisse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mikrobiologischer Befund** (Kopie auch möglich)

ja  nein  unbekannt

Wann / Wo durchgeführt \_\_\_\_\_

Ergebnisse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Biopsie/ Resektionsmaterial** (Kopie auch möglich)

ja  nein  unbekannt

Wann / Wo durchgeführt \_\_\_\_\_

Ergebnisse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Therapie der Osteonekrose des Kiefers**

**Konservativ**

ja  nein  unbekannt

Wie \_\_\_\_\_

**Operativ** \_\_\_\_\_ ja  nein  unbekannt

Wie \_\_\_\_\_

**Erfolgreiche Therapie** ja  teilweise  nein  unbekannt

**Kommentar / Anregungen / Fragen ?**