

Zentralregister

Osteonekrosen des Kiefers unter Bisphosphonat-Langzeittherapie

Demografische Daten des Patienten

Initialien: Name _____ Vorname _____

Adresse _____

Geschlecht m ☐ f ☐ Geburtsdatum _____

Telefon _____

Überweisender Arzt/ Zentrum

Datum dieser Meldung _____ Meldung auch anderswo? _____

Osteonekrose des Kiefers

Lokalisation

Maxilla ja ☐ nein ☐

Mandibula ja ☐ nein ☐

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

Datum der Erstdiagnose _____

Größe (in mm) _____

Grunderkrankung / Therapie / Medikamente

Bisphosphonatgabe ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welches Zoledronat ☐ Pamidronat ☐ Ibandronat ☐ Clodronat ☐ Risedronat ☐

Alendronat ☐ Etidronat ☐ Tiludronat ☐ Sonstige ☐ _____

Applikation iv ☐ oral ☐

Dosierung _____

Wie lange (Zeitraum von/bis) _____

Indikation der Bisphosphonatgabe

Osteoporose ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Maligne Grunderkrankung ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Wenn ja, welche

Erstdiagnose

Metastasen

Knochen ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Andere ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Wenn ja, wo

Maligne Hypercalciämie ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

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

Wenn ja, welche

Andere Erkrankungen

Radiatio

Im Kopf / Hals Bereich ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Lokalisation	Zeitraum	Schema	Kommentar

Andere Regionen ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Chemotherapie ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Welche? / Schema	Zeitraum	Anzahl Zyklen	Kommentar

Corticosteroideja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Welche?	Zeitraum	Dosierung	Kommentar

Sonstige Medikationja ☐ 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 Entzündungenja ☐ 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

Zahnextraktionenja ☐ 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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

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"/>	<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

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"/>	<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

Diagnostik

Klinischer Befund

Daten erhoben

ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Welche Untersuchungen _____

Ergebnisse _____

Bildgebende Diagnostik

Daten erhoben ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Wo durchgeführt _____

Welche Untersuchungen _____

Ergebnisse _____

Histologischer Befund

Daten erhoben ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Wo durchgeführt _____

Welche Untersuchungen _____

Ergebnisse _____

Mikrobiologischer Befund

Daten erhoben ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Wo durchgeführt _____

Welche Untersuchungen _____

Ergebnisse _____

Biopsie/ Resektionsmaterial

Daten erhoben ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Wo durchgeführt _____

Ergebnisse _____

Therapie der Osteonekrose des Kiefers

Konservativ ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Wie _____

Operativ ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐

Wie _____

Erfolgreiche Therapie ja ☐ teilweise ☐ nein ☐ unbekannt ☐