

Antrag auf Medizinische Ausnahmegenehmigung

Für die Anwendung verbotener Substanzen . 2014
Therapeutic Use Exemption (TUE)

Streng vertraulich / Strictly confidential

Bitte alle Felder vollständig & leserlich ausfüllen / Please complete all sections in capital letters or typing

1. Persönliche Angaben / Athlete Information

Nachname:.....	Vorname(n):.....	
<small>Surname</small>	<small>Given Names</small>	
Weiblich /Female <input type="checkbox"/>	Männlich / Male <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum / Date of birth (tt/mm/jjjj):.....
Adresse:.....		
<small>Address</small>		
PLZ:.....	Stadt:.....	Land:
<small>Postcode</small>	<small>City</small>	<small>Country</small>
Tel. (dienstlich / work):.....		Tel. (privat / home):.....
Mobil(e):.....		E-Mail:
Sportart / Sport:.....		Disziplin / Discipline:.....
Sportfachverband / National Sport Organization:.....		Testpool:.....
Wenn Behindertensportler, bitte Behinderung angeben:.....		
<small>[If athlete with disability, indicate disability]</small>		

2. Medizinische Information / Medical information

Diagnose (inklusive ausführlicher medizinischer Information als Anlage) (siehe Fußnote 1):
<small>Diagnosis with sufficient medical information (see note 1):</small>
.....
.....
Sofern eine erlaubte Alternative zur Verfügung steht, geben Sie bitte Gründe an, warum aus medizinischer Sicht die verbotene Substanz angewandt werden muss:
<small>If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:</small>
.....
.....

¹**Diagnose:** als verschlossene Arztsache müssen folgende Dokumente dem Antrag im Original oder in Kopie beigelegt sein: eine gutachterliche Stellungnahme des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärzte zum Krankheitsbild mit Vorgeschichte, Befunde (z.B. Laborergebnisse), Krankheitsverlauf, aktuelle Medikation, mögliche Behandlungsdauer sowie eine Stellungnahme des behandelnden Arztes, warum keine andere Therapie eingesetzt werden kann. Diagnose und Therapie sollten nach wissenschaftlichen Kriterien stimmig sein. Die NADA kann weitere Gutachten hinzuziehen; die Kosten gehen zu Lasten des Antragstellers.

¹**Diagnosis:** Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.

3. Angaben zu den relevanten Medikamenten / Medication details

Name und Wirkstoff des Medikaments <small>Prohibited substance(s): Generic name</small>	Dosierung [z.B. 0,2 mg] <small>Dose of administration</small>	Verabreichung [z.B. oral, i.m.,etc.] <small>Route of administration</small>	Häufigkeit der Verabreichung <small>Frequency of administration</small>
1.			
2.			
3.			
Voraussichtliche Behandlungsdauer <small>Intended duration of treatment:</small>	Einmalig <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> <small>once only emergency</small> oder dauerhaft (Woche/Monat):..... <small>duration</small>		
Voraussichtlich nächster Wettkampf: <small>Date of next competition:</small>	Datum:..... <small>date</small>		

Frühere / weitere laufende Anträge auf medizinische Ausnahmegenehmigung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<small>Have you submitted any previous TUE application?</small>
Für welche Substanz(en)? <small>For which substance(s)?</small>
Falls ja, an welche Organisation? <small>If yes, to whom?</small> Wann? <small>When?</small>
Entscheidung: Genehmigt <input type="checkbox"/> Nicht genehmigt <input type="checkbox"/> <small>Decision</small>

4. Erklärung des Arztes / Medical practitioner's declaration

Hiermit bestätige ich, dass die o.g. Wirkstoffe/Medikamente für die Behandlung des beschriebenen Krankheitsbildes des genannten Athleten notwendig ist / sind und dass der Einsatz von anderen Medikamenten keine ausreichende Wirkung hätte.

I certify that the above mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.

Name:.....
Qualifikation/ medizinische Fachrichtung..... <small>Medical speciality</small>
Adresse:..... <small>Address</small>
Tel:.....
Fax:
E-Mail:.....
Unterschrift und Stempel des Arztes: <small>Signature of Medical Practitioner</small>
Datum: <small>Date</small>

5. Erklärung des Athleten/ Athlete's declaration

Hiermit beantrage ich,.....,die medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung verbotener Substanzen oder Methoden der WADA Verbotsliste und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der unter 1. gemachten Angaben. Ich gestatte weiterhin die Herausgabe meiner ärztlichen Unterlagen zur Vorlage bei autorisiertem Personal von NADA und WADA, dem WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee der WADA) sowie den TUECs und autorisiertem Personal anderer Anti-Doping-Organisationen gemäß der Bestimmungen des WADA Code. Mir ist bekannt, dass meine Daten ausschließlich zur Begutachtung meines Antrages auf Medizinische Ausnahmegenehmigung sowie im Rahmen von möglichen Überprüfungen und Verfahren im Zusammenhang mit Verletzungen des Anti-Doping-Regelwerkes benutzt werden. Mir ist bekannt, dass ich meinen behandelnden Arzt und die jeweilige Anti-Doping-Organisation schriftlich informieren muss, sofern ich(1) mehr Informationen über die Verwendung meiner Daten erhalten möchte; (2) mein Recht auf Zugang und Korrektur meiner Daten ausüben möchte oder (3) diese Einwilligung gegenüber den o.g. Organisationen zur Nutzung meiner medizinischen Daten widerrufen möchte. Mir ist weiterhin bekannt, dass bei einem Widerruf meiner Einwilligung die TUE-relevanten Daten, die vor diesem Widerruf eingereicht wurden, im Rahmen von möglichen Überprüfungen bezüglich Verletzungen des Anti Doping Regelwerkes weiterhin benutzt werden können, sofern dies vom Code vorgeschrieben ist. Ich stimme dem ausdrücklich zu.

Mir ist bekannt, dass ich eine Beschwerde bei der WADA oder dem CAS einreichen kann, wenn ich vermute, dass meine persönlichen Informationen nicht entsprechend den Vorgaben aus dieser Einwilligung und dem Internationalen Standard für Datenschutz verwendet werden.

I, certify that the information under 1. is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the WADA Prohibited List. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the provisions of the Code. I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my information; (2) exercise my right of access and correction or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti doping rule violation, where this is required by the code. I understand that if I believe that my personal information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information I can file a complaint to WADA or CAS.

<p>Unterschrift des Athleten:..... Athlete's signature</p>	<p>Datum:</p> <p>Date</p>
<p>(Bei Minderjährigen oder in der Geschäftsfähigkeit Beschränkten)</p> <p>Unterschrift des Erziehungsberechtigten/ gesetzlichen Vertreters:</p>	
<p>.....Datum:.....</p>	
<p>Parent's/Guardian's signature (if the athlete is a minor or has a disability preventing him / her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete)</p>	

Bitte übersenden sie nur vollständige Anträge an die NADA oder Ihren Fachverband auf dem Postweg oder per Fax. Unvollständige Anträge werden zurück gesandt und müssen erneut eingereicht werden. Sie sollten eine Kopie des Antrages für Ihre Unterlagen behalten.

Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted. Please submit the completed form to the Anti doping Organization and keep a copy for your records.

Adresse:

Nationale Anti Doping Agentur Deutschland (NADA), Heussallee 38, D-53113 Bonn,
Fax: +49 (0) 228 / 812 92 239, Tel.: +49 (0) 228 / 812 92 0