

Antrag auf Medizinische Ausnahmegenehmigung

Für die Anwendung verbotener Substanzen . 2017
Therapeutic Use Exemption (TUE)

Streng vertraulich / Strictly confidential

Bitte alle Felder vollständig & leserlich ausfüllen (Athleten: Felder 1, 5, 6, 7. Ärzte: Felder 2, 3, 4).

Please complete all sections in capital letters or typing (Athletes: Sections 1, 5, 6, 7. Physicians: Sections 2, 3, 4).

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 / (Inter-)National Sportorganization:.....		Testpool:.....
Wenn Behindertensportler, bitte Behinderung angeben:.....		
<small>(If athlete with an impairment, please indicate impairment)</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, Befunden (z.B. Laborergebnisse), Krankheitsverlauf, aktueller Medikation, möglicher 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 shall be attached and forwarded with this application. The medical evidence must include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. 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.			

4. Erklärung des Arztes / Medical practitioner's declaration

Hiermit bestätige ich, dass die Angaben unter Punkt 2 und 3 wahrheitsgemäß sind und dass die o.g. Wirkstoffe / Medikamente für die Behandlung des beschriebenen Krankheitsbildes des genannten Athleten notwendig ist / sind.
I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above mentioned treatment is medically appropriate.

Name:.....

Qualifikation / medizinische Fachrichtung.....
Medical speciality

Adresse:.....
Address

Tel.:..... Fax:

E-Mail:.....

Unterschrift und Stempel des Arztes:..... **Datum:**.....
Signature of Medical Practitioner Date

5. Retroaktiver Antrag / Retroactive Applications

<p>Handelt es sich hierbei um einen retroaktiven Antrag? <small>Is this a retroactive application?</small></p> <p>Ja / Yes: <input type="checkbox"/></p> <p>Nein / No: <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja, wann wurde die Behandlung begonnen? <small>If yes, on what date was treatment started?</small></p> <p>.....</p>	<p>Mit welcher Begründung? Please indicate reason:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notfall oder Behandlung einer akuten Erkrankung <input type="checkbox"/> <small>Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</small> ▪ Bedingt durch andere außergewöhnliche Umstände nicht genügend Zeit oder keine Gelegenheit für die Antragstellung vor der Probenahme <input type="checkbox"/> <small>Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</small> ▪ Aufgrund anwendbarer Bestimmungen keine Genehmigung im Voraus notwendig <input type="checkbox"/> <small>Advance application not required under applicable rules</small> ▪ Andere Gründe / Other <input type="checkbox"/> <p>Bitte erläutern / Please explain:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Voraussichtlich nächster Wettkampf: <small>Date of next competition:</small>	Datum:..... <small>Date</small>
----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

6. Frühere Anträge / Previous applications

Frühere / weitere laufende Anträge auf Medizinische Ausnahmegenehmigung: ja nein

Have you submitted any previous TUE application(s)?

Für welche Substanz(en) oder Methode(n)? For which substance(s) or method(s)?

.....

Falls ja, an welche Organisation? If yes, to whom?

..... Wann? When?.....

Entscheidung / Decision: Genehmigt Nicht genehmigt

7. Erklärung des Athleten / Athlete's declaration

Hiermit bestätige ich,....., die Richtigkeit und Vollständigkeit der unter den Punkten 1, 5 und 6 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 den Bestimmungen des WADA Code und / oder Standard für Medizinische Ausnahmegenehmigungen. Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt / Ärzte den oben genannten Personen weitere medizinische Informationen zukommen lassen, die sie zur Prüfung und Beurteilung meines Antrages für notwendig erachten.

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.

Der Weiterleitung der Entscheidung über meinen Antrag an alle Anti-Doping- oder andere Organisationen, unter deren Zuständigkeit ich falle, sei es bei der Probenahme oder im Ergebnismanagement, stimme ich zu.

Mir ist bekannt, dass die Empfänger dieser Informationen und Entscheidung über meinen Antrag möglicherweise außerhalb meines Wohnsitzstaates angesiedelt sind. Die Datenschutzbestimmungen oder Persönlichkeitsrechte können dort von denen in meinem Wohnsitzstaat abweichen.

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 set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. 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 World Anti-Doping Code ("Code") and / or International Standard for Therapeutic Use Exemptions. I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application. I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti doping rule 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 consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and / or results management authority over me. I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence. 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.

Unterschrift des Athleten:.....**Datum:**

Athlete's signature Date

(Bei Minderjährigen oder in der Geschäftsfähigkeit Beschränkten)

Unterschrift des Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Vertreters:

.....**Datum:**.....

Parent's / Guardian's signature (if the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him / her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

Bitte übersenden Sie nur vollständige Anträge an die NADA 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. Fax: +49 (0) 228 / 812 92 239, Tel.: +49 (0) 228 / 812 92 0.