

Antrag auf Medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung verbotener Substanzen

Therapeutic Use Exemption

TUE

Bitte alle Felder vollständig & leserlich ausfüllen!

Please complete all sections in capital letters or typing

1. Persönliche Angaben / Athlete Information

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

2. Medizinische Information / Medical information

Diagnose (inklusive ausführlicher medizinischer Information als Anlage) (siehe Fußnote 1):

Diagnosis with sufficient medical information (see note 1):

.....
.....

Sofern eine erlaubte Alternative zur Verfügung steht, geben Sie bitte Gründe an, warum aus medizinischer Sicht die verbotene Substanz angewandt werden muss:

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:

.....
.....

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 Prohibited substance(s): <u>Generic name</u>	Dosierung [z.B. 0,2 mg] Dose of administration	Verabreichung [z.B. oral, i.m., etc.] Route of administration	Häufigkeit der Verabreichung Frequency of administration
1.			
2.			
3.			
Voraussichtliche Behandlungsdauer Intended duration of treatment:	Einmalig Notfall once only emergency oder dauerhaft (Woche/Monat):..... duration		

Voraussichtlich nächster Wettkampf: Date of next competition:	Datum:..... date
---	---------------------

Frühere / weitere laufende Anträge auf medizinische Ausnahmegenehmigung: ja nein	
Have you submitted any previous TUE application?	
Für welche Substanz(en)? For which substance(s)?	
Falls ja, an welche Organisation?..... If yes, to whom?	Wann?..... When?
Entscheidung: Genehmigt Nicht genehmigt Decision	
(bitte Kopie der Bescheide bzw. Anträge beifügen / Please attach previous approvals and / or TUE(s))	

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..... Medical specialty	
Adresse: Address	
Tel.:	
Fax:	
E-mail:	
Unterschrift und Stempel des Arztes: Signature of Medical Practitioner	Datum: Date

STRENG VERTRAULICH / STRICTLY CONFIDENTIAL

2

5. Erklärung des Athleten / Athlete's declaration

Hiermit beantrage ich,, die medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung verbotener Substanzen oder Methoden der WADA Verbotliste und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der unter 1. gemachten Angaben. Ich gestatte weiterhin die Herausgabe meiner ärztlichen Unterlagen zur Vorlage bei NADA, WADA, dem WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee der WADA) und anderen Anti Doping Organisationen gemäß der Bestimmungen des WADA Code. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. In einem solchen Fall muss ich meinen behandelnden Arzt und die jeweilige Anti Doping Organisation schriftlich darüber informieren. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich bei einem Widerruf dieser Einwilligung weder eine medizinische Ausnahmegenehmigung noch eine Verlängerung einer bestehenden Ausnahmegenehmigung erhalten kann, da keine medizinische Ausnahmegenehmigung ohne Vorlage vollständiger medizinischer Dokumentation erteilt werden kann.

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 staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of these organizations to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I also understand that if I withdraw my consent to the release of my personal medical information, I may not receive approval for a TUE or the renewal of an existing TUE, since no TUE can be granted or renewed without the disclosure of comprehensive medical data.

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 a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete)

Bitte übersenden sie nur vollständige Anträge an die NADA oder Ihren Fachverband. 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.