



Medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung von verbotenen Substanzen *Therapeutic Use Exception – Standard Application Form*

Ich beantrage die Genehmigung der international für mich zuständigen Anti-Doping Organisation / Fachverbandes für die therapeutische Anwendung einer Substanz aus der „Liste der verbotenen Substanzen und Methoden“ der WADA.
I apply for approval from the ADO for the therapeutic use of prohibited substance on the WADA List of Prohibited Substances and Prohibited Methods.

Bitte alle Felder vollständig ausfüllen! *Please complete all sections!*

1. Persönliche Angaben / *Athlete Information*

Nachname: _____ Vorname(n): _____ <i>Surname</i>	
<input type="checkbox"/> Weiblich / <i>Female</i>	<input type="checkbox"/> Männlich / <i>Male</i> (Bitte ankreuzen / <i>tick appropriate box</i>)
Adresse: _____ <i>Address</i>	
PLZ _____ <i>Postcode</i>	Stadt _____ Land _____ <i>City Country</i>
Geburtsdatum / <i>Date of Birth</i> (tt / mm / jjjj): ____ / ____ / _____	
Tel. (dienstlich / <i>work</i>): _____ Tel. (privat / <i>home</i>): _____ Mit internationaler Vorwahl / <i>with international code</i>	
E-Mail _____	Mobil(e) _____
Sportart / <i>Sport</i> : Eisstocksport / <i>Icestocksport</i> Disziplin / <i>Discipline</i> _____	
Internationale bzw. Nationale Sportorganisation: _____ <i>International or National Sportorganization</i>	
Verein / <i>Club</i> : _____	



2. Behandelnder Arzt / Notifying medical practitioner

Name, Qualifikation und medizinische Fachrichtung / Name, qualification and medical speciality		

Adress: _____ Adress		
PLZ _____ Postcode	Stadt _____ City	Land _____ Country
Tel.: _____		Fax: _____
E-Mail _____		Mobil(e) _____
Diagnose 1): _____ Diagnosis		

1) **Diagnose:** Als verschlossene Arztsache müssen folgende Dokumente dem Antrag im Original oder in Kopie beigefügt 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 IFI kann weitere Gutachten hinzuziehen; die Kosten gehen zu Lasten des Antragsstellers.

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. Copies of the original reports or letters should be included when possible. 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.

Frühere / (weiter) laufende Anträge auf medizinische Ausnahmegenehmigungen: Previous / Current TUE request(s):	
<input type="checkbox"/> Ja / Yes	<input type="checkbox"/> Nein / No
Falls Ja: Datum des Antrages / If yes: Date: _____	
Ergebnis (bitte Kopie der Bescheide bzw. der Anträge beifügen) / Result (attach previous TUE(s))	



3. Angaben zu den relevanten Medikamenten / *Medication Details*

Name des Medikaments und verbotene Substanz <i>Proibited Substances</i>	Dosierung <i>Dose of administration</i>	Art der Verabreichung <i>Route of administration</i>	Häufigkeit der Verabreichung <i>Frequency of administration</i>
1			
2			
3			
4			
5			
Voraussichtliche Dauer der Behandlung <i>Anticipated duration of this medication plan</i>			

Bitte fassen Sie kurz zusammen, warum keine andere Therapie angewendet werden kann / *If appropriate, reasons for not prescribing alternative therapies:*

4. Bitte geben Sie einen kurzen Überblick über die Diagnose, Art und Dauer der Behandlung und eine kurze Begründung für die Verwendung der verbotenen Substanz / *Please note additional information and attach sufficient medical information to substantiate the diagnosis and the necessity to use a proibited substance:*



5. Erklärung des Arztes und des Athleten / *Medical practitioner's and athlete's declaration*

Hiermit bestätige ich, dass die o. g. Wirkstoffe / Medikamente für die Behandlung des oben beschriebenen Krankheitsbildes des genannten Athleten notwendig ist.
I certify the above mentioned substance/s for the above named Athlete has been / are to be administered as the correct treatment for the above-named medical condition.

Unterschrift des Arztes: _____ Datum: _____
Signature of medical practioner Date

Hiermit beantrage ich, die medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung verbotener Medikamente / Wirkstoffe und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.
Ich gestatte hiermit die Herausgabe meiner ärztlichen Unterlagen zur Vorlage bei der IFI, der WADA und anderen Anti-Doping Organisationen sowie die Weitergabe der Entscheidung an die genannte Organisationen gemäß der Bestimmungen des WADA Code. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann.

I, certify that my information 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 as well as to WADA staff and to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) as well as to other Anti-Doping Organization under the provisions of the Code. I understand if I ever wish to revoke the right of the Anti-Doping Organization TUEC or WADA TUEC to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner in writing of that fact.

Ich bin mit der Verwaltung des Ergebnisses der Begutachtung durch die IFI in ADAMS einverstanden.
I authorize the IFI to administrate the TUE result in ADAMS.

Ja / Yes Nein / No

Unterschrift des Athleten: _____ Datum: _____
Signature of Athlete Date

**Unterschrift des Erziehungs-
berechtigten / gesetzlichen Vertreters:**
(Bei Minderjährigen oder in der
Geschäftsfähigkeit Beschränkten) _____ Datum _____
Date

Parents / Guardians 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. Unvollständige Anträge werden zurück gesandt und müssen erneut gestellt werden. Sie sollten eine Kopie des Antrages für Ihre Unterlagen behalten.

Incomplete Applications will be returned and will need to be submitted.
Please submit the completed form to the Anti-Doping Organization and keep a copy of the completed form for your records.