

Medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung von Beta-2-Agonisten durch Inhalation und nicht-systemisch verabreichten Glucocorticosteroiden

Therapeutic Use Exemption (beta-2 agonists by inhalation, glucocorticosteroids by non-systemic routes) ATUE

- vereinfachtes Verfahren / abbreviated Process -

Ich beantrage die ausnahmsweise Genehmigung der NADA oder der international für mich zuständigen Anti-Doping Organisation/Fachverband für die therapeutische Anwendung von Beta-2-Agonisten durch Inhalation und nicht-systemisch verabreichten Glucocorticosteroiden aus der „Liste der verbotenen Substanzen und Methoden“ der WADA gemäß den Bestimmungen über das vereinfachte Verfahren.

I apply for approval from the ADO for the therapeutic use of a prohibited substance on the WADA List of Prohibited Substances and Prohibited Methods that is subject to the Abbreviated Therapeutic Use Exemption Application Process.)

Bitte alle Felder vollständig & leserlich ausfüllen!! Please complete all sections

1. Persönliche Angaben / Athlete Information

Nachname:	Vorname(n):.....	
Surname:	Given names	
Weiblich/Female <input type="checkbox"/> Männlich/Male <input type="checkbox"/>	Geburtsname:	
	Name at birth	
Adresse:		
Address		
PLZ:	Stadt:	Land:
Postcode	City	Country
Geburtsdatum/Date of birth (tt/mm/jjjj):		
Tel. (dienstlich/work):..... Tel.: (privat/home):..... Fax:		
E-Mail: Mobil(e):		
Sportart/Sport:..... Disziplin/Discipline:		
Sportfachverband/National Sporting Organisation:..... Kader/Squad:		
Bei Behindertensportler, bitte Behinderung angeben:		
(If athlete with disability, indicate disability)		

2. Behandelnder Arzt/ Notifying medical practitioner

Name, Qualifikation und medizinische Fachrichtung/Name, qualifications and medical speciality:	
.....	
.....	
Adresse/Address:	
..... E-Mail:	
Tel. (dienstlich/work):..... Tel. (privat/home):.....	
Mobil:..... Fax:	

Antragsnummer/#:

[wird von NADA/ADO ausgefüllt/
to be filled in by NADA/ADO]



3. Medizinische Informationen/Medical Information

Diagnose:

(Diagnosis).....

Durchgeführte Untersuchungen/Tests:

(Medical examination(s)/test(s) performed).....

.....

Angaben zu den relevanten Medikamenten/Medication Details

Name des Medikaments/ Verbotene Substanz: Prohibited Substances	Dosierung Dose of administration	Verabreichung Route of administration	Häufigkeit der Verabreichung Frequency of administration
1.			
2.			
3.			
Voraussichtliche Dauer der Behandlung Anticipated duration of this medication plan			

Weitere Informationen/Additional information:

.....

.....

.....

Wann ist voraussichtlich Ihr nächster Wettkampf
Date of next competition?

Antragsnummer/#:

[wird von NADA/ADO ausgefüllt/
to be filled in by NADA/ADO]



4. 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 sind. Weiter bestätige ich, dass der Einsatz anderer Medikamente als den in der Verbotsliste aufgeführten bei der Behandlung der vorliegenden Erkrankung aus den folgenden **Gründen** nicht zu einem Erfolg führt:

.....
.....
.....
.....

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. I further certify that the use of alternative medications not on the Prohibited List would be unsatisfactory for the treatment of the above named medical condition. Specify reasons!

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 unter 1. gemachten Angaben. Ich gestatte hiermit die Herausgabe meiner ärztlichen Unterlagen zur Vorlage bei NADA, WADA und anderen Anti-Doping Organisationen sowie die Weitergabe der Entscheidung an die genannten 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 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 as well as to WADA staff and to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) as well as to other Anti-Doping Organizations under the provisions of the Code. I understand that 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

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

(Bei Minderjährigen oder in der Geschäftsfähigkeit Beschränkten)
Unterschrift des Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters: **Datum:**

.....
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 an die NADA oder Ihren Fachverband. 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 resubmitted. Please submit the completed form to the Anti-Doping Organisation and keep a copy of the completed form for your records.