

Antrag auf Medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung von verbotenen Substanzen oder Methoden

Therapeutic Use Exemptions Application Form

Streng Vertraulich / Strictly Confidential

Gemäß § 8 des Anti-Doping Bundesgesetzes werden Medizinische Ausnahmegenehmigungen nur für Testpoolsportler ausgestellt. Für das Verfahren zur Entscheidung über den Antrag ist vom Antragsteller, unter Angabe des vollständigen Namens, Geburtsdatums und der Sportart, ein Betrag von € 95,-- im Vorhinein an die NADA Austria, ERSTE Bank Österreich, IBAN: AT41 2011 1289 6926 6900, BIC: GIBAATWW, zu entrichten. Der Antrag kann erst nach Einlangen des Betrages bearbeitet werden.

According to § 8 of the Austrian Anti-Doping Federal Act only members of the testpool can apply for a therapeutic use exemption and the applicant must pay € 95,-- in advance to NADA Austria, ERSTE Bank Österreich, IBAN: AT41 2011 1289 6926 6900, BIC: GIBAATWW, by giving full name, date of birth und sport discipline. The application will only be processed after receipt of the payment.

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

1. Persönliche Angaben / Athlete Information

Nachname: Vorname(n):
Surname Given name(s)

☐ Weiblich / female ☐ Männlich / male Geburtsdatum / date of birth (tt / mm / jjjj)

Adresse:
Address

PLZ Stadt Land
Zipcode City Country

Tel. (dienstlich / work): Tel. (privat / home):

E-Mail: Mobil(e):

Sportart / Sport Disziplin / Discipline:

Sportfachverband / National Sport Organization: Testpool:

Bei Mannschaftssport, bitte Verein angeben:
(If team sport, please indicate the club)

Bei Behindertensportler, bitte Behinderung angeben:
(If athlete with disability, indicate disability)

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 resubmitted. Please submit the completed form to the Anti-Doping Organisation and keep a copy of the completed form for your records.

WIR SCHÜTZEN DIE SAUBEREN SPORTLERINNEN UND SPORTLER!

2. Medizinische Information / Medical Information

Diagnose¹ (inkl. ausführlicher medizinischer Information als Anlage)

Diagnosis² (including sufficient medical information)

.....

.....

.....

Falls eine erlaubte Alternative zur Verfügung steht, begründen Sie hier, warum aus medizinischer Sicht, die verbotene Substanz oder Methode angewandt werden muss:

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

.....

.....

.....

Diagnose¹: 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 Austria kann weitere Gutachten hinzuziehen; die Kosten gehen zu Lasten des Antragstellers.

Diagnosis²: 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. Diagnosis and therapy should be coherent according to scientific criteria. NADA Austria may request further expert evidence, the cost shall be borne by the applicant.

3. Angaben zu den relevanten Medikamenten / Medication Details

Name des Medikaments und verbotene Substanz <i>Prohibited Substances</i>	Dosierung <i>Dose of administration</i>	Verabreichung (z.B. oral, i.m., etc.) <i>Route of administration</i>	Häufigkeit der Verabreichung <i>Frequency</i>	Voraussichtliche Dauer der Behandlung <i>Intended duration of treatment</i>
1				
2				
3				
4				
5				

WIR SCHÜTZEN DIE SAUBEREN SPORTLERINNEN UND SPORTLER!

4. Retroaktiver Antrag / Retroactive application

Ist das ein retroaktiver Antrag? <i>Is this a retroactive application?</i> ☐ Ja / Yes ☐ Nein / No Wenn ja, wann wurde die Behandlung begonnen? <i>If yes, on what date was treatment started?</i> 	Bitte Grund anführen: / Please indicate reason: Notfallbehandlung oder Behandlung einer akuten Erkrankung war notwendig / ☐ <i>Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</i> Aufgrund anderer außergewöhnlicher Umstände gab es nicht genügend Zeit oder die Möglichkeit, einen Antrag vor der Probennahme zu stellen / ☐ <i>Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</i> Antrag im Voraus war aufgrund der gültigen Bestimmungen nicht erforderlich / ☐ <i>Advance application not required under applicable rules</i> Andere Bitte erklären / ☐ <i>Other Please explain:</i>
---	--

5. Frühere TUE Anträge / Previous applications

Frühere Anträge oder derzeit laufende Anträge auf medizinische Ausnahmegenehmigungen:

Previous (or current) TUE request(s): ☐ Ja / Yes ☐ Nein / No

Falls Ja: Für welche Substanzen / Methoden? / *If yes, for which substance(s) or method(s)?*

.....

An welche Organisation und wann? / *When and to whom (which organization)?*

.....

6. Erklärung des behandelnden Arztes / Medical practitioner's declaration

Hiermit bestätige ich, dass die Angaben in den Abschnitten 2 und 3 richtig sind und die zuvor beschriebene Behandlung notwendig ist. *I herewith certify that the information at section 2 and 3 is accurate and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.*

Name und medizinische Fachrichtung / *Name and medical speciality:*

.....

.....

Adresse:
Address

PLZ Stadt Land
Postcode City Country

Tel. (dienstlich / *work*): Tel. (privat / *home*):

E-Mail: Mobil(e):

Unterschrift des Arztes: Datum:
Signature of medical practitioner Date

WIR SCHÜTZEN DIE SAUBEREN SPORTLERINNEN UND SPORTLER!

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 Austria 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.

Ich bin mit der Verwaltung des Ergebnisses der Begutachtung durch die Medizinische Kommission der NADA Austria in ADAMS einverstanden. / I authorize NADA Austria to administrate the TUE result in ADAMS.

☐ Ja / Yes ☐ Nein / No

Unterschrift des Athleten: **Datum:**
Athlete's Signature Date

(Bei beschränkt Geschäftsfähigen oder Minderjährigen)

Unterschrift des Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Vertreters:

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.

WIR SCHÜTZEN DIE SAUBEREN SPORTLERINNEN UND SPORTLER!