

## **Medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung von verbotenen Substanzen**

*Therapeutic Use Exemption – Standard Application Form*

Ich beantrage die Genehmigung der NADA Austria oder 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 a prohibited substance on the WADA List of Prohibited Substances and Prohibited Methods.

**Laut §8 des Anti-Doping Bundesgesetzes idF BGBl 146/2009 werden seit 1.1.2010 Medizinische Ausnahmegenehmigungen nur mehr für Testpoolsportler ausgestellt. Für das Verfahren zur Entscheidung über den Antrag ist vom Antragsteller unter Angabe des vollständigen Namens, Geburtsdatums und Sportart ein Betrag von € 85,- im Vorhinein an die NADA Austria, Erste Bank Österreich, Blz 20111, KontoNr. 28969266900 zu entrichten. Der Antrag kann erst nach Einlangen des Betrages bearbeitet werden.**

*According to §8 of the austrian federal anti-doping act 2007 as amended by BGBl 146/2009 only members of the testpool can apply for a therapeutic use exemption. The applicant has to pay € 85 in advance to NADA Austria, Erste Bank Österreich, Blz 20111, KontoNr. 28969266900 by giving full name, day of birth und sport discipline. The application will be processed only after receipt of the payment.*

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

### **1. Persönliche Angaben / Athlete Information**

Nachname: _____ <i>Surname</i>	Vorname(n): _____ <i>Given name(s)</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 _____ <i>City</i>	Land _____ <i>Country</i>
Geburtsdatum / <i>Date of birth</i> (tt / mm / jjjj): ____ / ____ / _____		
Tel. (dienstlich / <i>work</i> ): _____		Tel. (privat / <i>home</i> ): _____
E-Mail: _____		Mobil(e): _____
Sportart / <i>Sport</i> : _____		Disziplin / <i>Discipline</i> : _____
Sportfachverband / <i>National Sporting Organisation</i> : _____		
Bei Behindertensportler, bitte Behinderung angeben: _____ ( <i>If athlete with disability, indicate disability</i> )		

**2. Behandelnder Arzt / Notifying medical practitioner**

Name, Qualifikation und medizinische Fachrichtung / <i>Name, qualifications and medical speciality:</i>		
_____		
_____		
Adresse: _____ <i>Address</i>		
PLZ _____ <i>Postcode</i>	Stadt _____ <i>City</i>	Land _____ <i>Country</i>
Tel.: _____		Fax: _____
E-Mail: _____		Mobil(e): _____
Diagnose <sup>1</sup> : _____		
_____		

**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 NADA Austria kann weitere Gutachten hinzuziehen; die Kosten gehen zu Lasten des Antragstellers.

**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: <i>Previous / Current TUE request(s):</i>	
<input type="checkbox"/> Ja/Yes	<input type="checkbox"/> Nein/No
Falls Ja: Datum des Antrages / <i>If yes: Date:</i> _____	
Anti-Doping Organisation: _____	
Ergebnis (bitte Kopie der Bescheide bzw. der Anträge beifügen) / <i>Result (attach previous TUE(s))</i>	

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

Name des Medikaments und Verbotene Substanz <i>Prohibited 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 angewandt 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 prohibited 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 sind.

*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 practitioner Date*

Hiermit beantrage ich, die medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung verbotener Medikamente/Wirkstoffe und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit von mir gemachten Angaben.

Ich gestatte hiermit die Herausgabe meiner ärztlichen Unterlagen zur Vorlage bei der NADA Austria, der 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 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 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*

**Unterschrift des Erziehungsberechtigten / 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 resubmitted.***

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