

Medizinische Akte

Medical File

Bitte alle Felder vollständig & leserlich ausfüllen!
Please complete all sections in capital letters or typing.

1. Persönliche Angaben / Athlete Information

Nachname: Vorname(n):
Last Name First Name(s)

weiblich/female männlich/male Geburtsdatum/Date of birth(tt/mm/jjjj):

Adresse:
Address

PLZ: Stadt: Land:
cipcode City Country

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

Mobile(e): E-mail:

Sportart/Sport: Disziplin/Discipline:

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):

.....
.....

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. / **1Diagnosis:** 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): <i>Generic name</i>	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 <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> once only emergency oder dauerhaft (Woche/Monat): duration		

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 speciality

Adresse:
 Address

Tel.: Fax: E-mail:

Unterschrift und Stempel des Arztes: **Datum:**
 Signature and stamp of Medical Practitioner Date

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 beim Anti-Doping-Beauftragten (ADB).

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. In einem solchen Fall muss ich meinen behandelnden Arzt und die Medizinische Kommission 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 Medical Commission.

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 Medical Commission 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 Therapeutic Use Exemption (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:
..... Athlete's signature

Datum:
Date