



VIII. Gay Games Medizinische Akte Gay Games VIII Medical File

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

1. Persönliche Angaben / Athlete Information

Nachname:
Last Name

Vorname(n):
First Name(s)

weiblich/female männlich/male Transgender MTF Transgender FTM

Geburtsdatum(tt/mm/jjjj)

Date of birth (dd/mm/yyyy):/...../.....

Adresse:
Address

PLZ: Stadt: Land:
Postal Code/ZIP code City Country

Tel. (privat/home): Mobile:

E-mail:

Sportart/Sport:

Wenn BehindertensportlerIn, bitte Behinderung angeben:
If athlete with disability, indicate disability

2. Medizinische Information / Medical information

Diagnose für Krankheiten, bei denen nicht zugelassene Substanzen verordnet werden:
Diagnosis for conditions requiring use of prohibited substances:

.....
.....

Arzt/Ärztin/Physician:
Unterschrift/Signature

TeilnehmerIn/Athlete:
Unterschrift/Signature



3. Angaben zu den relevanten Medikamenten / Medication details

Verordnete Medikamente/Wirkstoff Prescribed Medication(s): <i>Generic name</i>	Dosierung (z.B. 0,2 mg) Prescribed Dose (Example: 0.2 mg)	Verabreichung (z.B. oral, i.m., etc.) Form of administration (Example: oral, injection)	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 dauerhaft (von/bis): Chronic Period (from/to)		

4. Erklärung des Arztes / Medical practitioner's declaration

Hiermit bestätige ich, dass ich ein(e) zugelassene(r) Arzt/Ärztin bin, der/die die oben aufgeführten Substanzen verschreiben darf.

Hiermit bestätige ich ausserdem, dass die o.g. Wirkstoffe/Medikamente für die Behandlung des beschriebenen Krankheitsbildes des/der genannten Athleten/Athletin notwendig ist/sind und dass der Einsatz von anderen Medikamenten keine ausreichende Wirkung hätte.

I certify that I am a licensed medical practitioner authorized by law to prescribe the above substances.

I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication 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,.....

(Name TeilnehmerIn)

die medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung verbotener Substanzen oder Methoden der 2010 WADA Verbotliste, die auf der VIII. Gay Games website zu finden ist und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der unter Punkt 1. gemachten Angaben. Ich bestätige, die VIII. Gay Games Anti-Doping Richtlinie verstanden und akzeptiert zu haben. Ich verstehe, dass ich dieses Formular entsprechend der Anweisungen des Veranstalters der VIII Gay Games zu übergeben habe und gestatte der VIII Gay Games Medizinischen Kommission die in diesem Formular enthaltenen Information zu nutzen,

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. In einem solchen Fall muss ich die Medizinische Kommission schriftlich informieren. Mir ist weiterhin bekannt, dass bei einem Widerruf dieser Einwilligung die medizinische Kommission keine Unterlagen hat, meine spezifische Situation zu reflektieren.

Ich verstehe, dass diese medizinische Akte nur für verschreibungspflichtige Medikamente genutzt werden kann.

I,

(Athlete's Name)

certify that the information in Section 1 is accurate and that I am requesting approval to use a substance or method from the 2010 WADA Prohibited List, which can be found on the Gay Games VIII website. I confirm that I understand and have agreed to the Gay Games VIII Anti-Doping Policy. I understand that I must submit this form according to the instructions provided by the host of Gay Games VIII.

I authorize the release of personal medical information contained in this form to the Gay Games VIII Medical Commission.

I understand that I have the right to revoke this agreement at any time. In such a case, I must notify the Medical Commission in writing of that fact. I also understand that if I withdraw my consent to the release of my personal medical information, the Medical Commission has no medical information to grant any medical exemption.

I understand that this Medical Form cannot be used to declare substances other than those prescribed by a medical practitioner.

Unterschrift AthletIn: **Datum:**
Athlete's signature Date

(Fragen/Probleme bitte mailen an GGVIII mit <http://www.games-cologne.de/de/contact>)

(Questions/problems should be mailed to GGVIII by using <http://www.games-cologne.de/de/contact>.)