

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

Therapeutic Use Exemptions (TUE) Application Form

Gemäß § 12 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 wird erst nach Einlangen des Betrages bearbeitet.

According to § 12 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, adding 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. Der Antragsteller füllt die Abschnitte 1, 5, 6 und 7 aus, der Arzt die Abschnitte 2,3 und 4. Unvollständige Anträge werden zurückgesandt und müssen erneut in vollständiger Form gestellt werden. / *Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 5, 6 and 7; physician to complete sections 2, 3 and 4. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.*

Bitte schicken Sie den vollständig ausgefüllten Antrag an / Please submit the completed form to: office@nada.at

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 teamsport, please indicate the club)

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

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.

Die WADA bietet eine Reihe von Dokumenten zur Unterstützung bei der Antragsstellung, Diese „TUE Physician Guidelines“ stehen auf der Website der WADA mit dem Suchbegriff „Medical Information“ sowie „TUE Checklists“ zur Verfügung: <https://www.wada-ama.org> Diese Richtlinien behandeln eine Reihe von Diagnosen und Behandlungsmethoden für häufige Erkrankungen.

Diagnosis²: *Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical evidence must 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. 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 be request further expert evidence, the cost shall be borne by the applicant.*

WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term “Medical Information” and “TUE Checklists” on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.

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				

WIR SCHÜTZEN DIE SAUBEREN SPORTLERINNEN UND SPORTLER!

4. Erklärung behandelnder Arzt / 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 certify that the information at sections 2 and 3 above 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

5. 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>
---	--

6. Frühere TUE Anträge / Previous applications

Haben Sie frühere Anträge auf medizinische Ausnahmegenehmigung(en) gestellt? / Have you submitted any previous TUE application(s) to any ADO? : ☐ Ja / Yes ☐ Nein / No	
Falls Ja: Für welche Substanzen / Methoden? / If yes, for which substance(s) or method(s)? 	Entscheidung / Decision: ☐ Genehmigt / Approved ☐ Nicht genehmigt / Not approved
An welche Organisation und wann? / When and to whom (which organization)? 	

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) sowie den TUECs und autorisiertem Personal anderer Anti-Doping-Organisationen gemäß den Bestimmungen des WADA Code und / oder Standard für Medizinische Ausnahmegenehmigungen. Diese Personen unterliegen einer beruflichen oder vertraglichen Verschwiegenheitspflicht. 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 Gesundheitsdaten erhalten möchte; (2) mein Recht auf Zugang, Korrektur, Einspruch oder Löschung 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, Internationale Standards oder nationalen Anti-Doping Gesetzen vorgeschrieben ist bzw. zur Erstellung, Ausübung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche die mich, die WADA und/oder eine ADO betreffen. 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. Ich verstehe, dass meine Informationen in ADAMS gespeichert werden können, das von der WADA auf Servern mit Sitz in Kanada gehostet wird, und für die im „WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information“ (ISPPPI) angegebene Dauer aufbewahrt werden. Ich verstehe, dass ich eine Beschwerde bei der WADA (privacy@wada-ama.org) oder meiner für den Datenschutz in meinem Land zuständigen nationalen Aufsichtsbehörde einreichen kann, wenn ich der Ansicht bin, dass meine persönlichen Daten nicht in Übereinstimmung mit dieser Einwilligung und des ISPPPI verwendet werden. Ich verstehe, dass sich die oben genannten Stellen möglicherweise auf nationale Anti-Doping-Gesetze stützen und diesen unterliegen, die meine Einwilligung oder andere anwendbare Gesetze außer Kraft setzen, die die Offenlegung von Informationen gegenüber örtlichen Gerichten, Strafverfolgungsbehörden oder anderen öffentlichen Behörden erfordern. Weitere Informationen zu nationalen Anti-Doping-Gesetzen erhalte ich von meinem Internationalen Verband oder der Nationalen Anti-Doping-Agentur.

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. These people are subject to a professional or contractual confidentiality obligation. 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 health information; (2) exercise any rights I may have, such as my right of access, rectification, restriction, opposition, or deletion; 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 investigations or proceedings related to a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code, International Standards, or national anti-doping laws; or to establish, exercise or defend a legal claim involving me, WADA, and/or an ADO. 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 my information may be stored in ADAMS, which is hosted by WADA on servers based in Canada, and will be retained for the duration as indicated in the WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI). I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the ISPPPI, I can file a complaint to WADA (privacy@wada-ama.org), or my national regulator responsible for data protection in my country. I understand that the entities mentioned above may rely on and be subject to national anti-doping laws that override my consent or other applicable laws that may require information to be disclosed to local courts, law enforcement, or other public authorities. I can obtain more information on national anti-doping laws from my International Federation or National Anti-Doping Agency.

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!