



IWF-Masters Anti-Doping Organisation
Ausnahmeantrag zur Einnahme therapeutischer
Medikation

TUE - 2012
Appendix 1

Bitte füllen Sie alle Felder auf beiden Seiten in Großbuchstaben aus oder tippen Sie diese ein.

1. Informationen des Athleten:

Nachname (Familienname):

Vorname:

Geburtsdatum (T/M/J): weiblich männlich

Straße:

Postleitzahl: Stadt: Land:

Telefon: (mit Ländervorwahl) _____

E-mail:@.....

National Sport Organization: Name, Adresse & E-mail:

2. MEDIZINISCHE Angaben:

Diagnose mit ausreichender medizinischer Angaben (siehe Hinweis):

.....
.....
.....
.....

Falls irgendwelche erlaubten Medikamente angezeigt, werden, die zur Behandlung eingesetzt werden, stellen Sie ein medizinischen Gutachten zur Verfügung, welches die Einnahme dieses Medikaments rechtfertigt.

.....
.....
.....

Hinweis: Diagnose

Nachweise, die die Diagnose bestätigen, **müssen beigefügt und mit diesem Formular nachgereicht werden.** Die ärztlichen Nachweise sollten eine umfassende medizinische Geschichte und die Ergebnisse aller relevanten Untersuchungen, wie Laboruntersuchungen einschließen. Kopien der ursprünglichen Berichte oder Briefe, sollten wenn möglich, darin enthalten sein. Die Nachweise der klinischen Umstände sollten so objektiv wie möglich sein, und im Fall von nichtbeweisbaren Tatsachen wird unterstützend eine unabhängige ärztliche Meinung eingeholt, die bei diesem Antrag helfen soll.

3. EINZELHEITEN ZUM MEDIKAMENT: *Oberbegriff -- verbindlich*

Verbotene Substanz(en)	Dosierung	Art der Einnahme	Häufigkeit

Voraussichtliche Dauer der Behandlung <i>(Bitte kreuzen Sie an)</i>	Nur einmal <input type="checkbox"/> Im Notfall <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> Angaben über die Dauer: <i>(Woche/n—Monat/e):Beginn:</i>
---	--

<p>Haben Sie kürzlich einen TUE Antrag eingereicht? : ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Welche Substanz(en)?An wen?.....Wann?.....</p> <p>Zugelassen <input type="checkbox"/> Nicht zugelassen <input type="checkbox"/></p>

4. ANGABEN DES PRAKTIZIERENDEN ARZTES: *(Bitte hängen Sie das Rezept an)*

Ich bescheinige, dass die oben erwähnte Behandlung medizinisch passend/notwendig ist, und dass der Gebrauch des alternativen Medikaments, das nicht auf der verbotenen Liste steht, unter diesen Umständen ungenügend sein würde.

Name:.....

Medizinisches Fachgebiet:..... **ABSCHLUSS**.....

Adresse:

Tel.: (mit Ländervorwahl) _____ **Fax:**

E-mail:

Unterschrift des praktizierenden Arztes: **Datum:**

5. ERKLÄRUNG DES ATHLETEN:

Ich, versichere, dass die Angaben unter Punkt 1 richtig sind. Ich bitte um die Zustimmung, dass ich eine Substanz oder Mittel verwende, die auf der verbotenen Liste der WADA stehen. Ich willige ein, dass die IWF mit ihrer Anti-Doping Organisation (ADO) sowie die Mitarbeiter der WADA, dem WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) und andere ADOs, Einsicht in meine persönlichen medizinischen Informationen bekommen. Mir ist bewusst, dass, wenn ich jemals das Recht, dass diese Organisationen Auskunft über meine Gesundheitszustand erhalten können, widerrufen möchte, ich meinen Arzt und meinen ADO/s in einem Schreiben dieser Tatsache benachrichtigen muss.

Unterschrift des Athleten:Datum:

Unvollständige Anträge werden zurückgeschickt und müssen komplett neu eingereicht werden.
Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an die geltenden ADO und bewahren Sie eine Kopie für Ihre Unterlagen.