

**Antragsnummer/#:**[wird von ÖADC/AADC ausgefüllt/  
to be filled in by ÖADC/AADC]ÖSTERR. ANTI-DOPING-COMITÉ  
1040 WIEN  
PRINZ-EUGEN-STRASSE 12  
TEL. +43/1/505 80 35  
FAX +43/1/505 63 91  
office@oeadc.or.at - www.oeadc.or.at

## Medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung von verbotenen Substanzen

*Therapeutic Use Exemption – Standard Application Form*

*Ich beantrage die Genehmigung des ÖADC 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.*

**Bitte alle Felder vollständig ausfüllen! Please complete all sections!****1. Persönliche Angaben / Athlete Information**

Nachname: .....	Vorname(n): .....	
<i>Surname</i>	<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>		
Stadt .....	Land .....	PLZ .....
<i>City</i>	<i>Country</i>	<i>Postcode</i>
Geburtsdatum/ <i>Date of birth</i> (tt/mm/jjjj): .....		
Tel. (dienstlich/ <i>work</i> ): .....	Tel. (privat/ <i>home</i> ): .....	Fax: .....
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> : .....	
.....	
E-mail: .....	.....
Tel. (dienstlich/ <i>work</i> ): .....	Tel. (privat/ <i>home</i> ): .....
Mobil(e): .....	Fax: .....
Diagnose <sup>1</sup> : .....	
.....	

<sup>1</sup>**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. Das ÖADC 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.

**Antragsnummer/#:**[wird von ÖADC/AADC ausgefüllt/  
to be filled in by ÖADC/AADC]

ÖSTERR. ANTI-DOPING-COMITÉ  
 1040 WIEN  
 PRINZ-EUGEN-STRASSE 12  
 TEL. +43/1/505 80 35  
 FAX +43/1/505 63 91  
 office@oeadc.or.at - www.oeadc.or.at

Wurde der leitende Verbandsarzt<sup>2</sup> über den Antrag informiert?  
 Has the national sporting organisation (NSO) Chief Medical officer been notified of this request?

Ja/Yes  Nein/No

Name des leitenden Verbandsarztes: .....  
 Name of NSO's Chief Medical Officer

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

Name des Medikaments / Verbotene Substanz <i>Prohibited Substances</i>	Dosierung <i>Dose of administration</i>	Verabreichung <i>Route of administration</i>	Häufigkeit der Verabreichung <i>Frequency of administration</i>
1.			
2.			
3.			
<b>Voraussichtliche Dauer der Behandlung</b> <i>Anticipated duration of this medication plan</i>			

Frühere / (weiter) laufende Anträge auf medizinische Ausnahmegenehmigungen:  
 Previous / Current TUE request(s):

Ja/Yes  Nein/No

Falls Ja: Datum des Antrages / If yes: Date: .....

Anti-Doping Organisation: .....

Ergebnis (bitte Kopie der Bescheide bzw. der Anträge beifügen) / Result (attach previous TUE(s))

Bitte fassen Sie **kurz** zusammen, warum keine andere Therapie angewandt werden kann / If appropriate, reasons for not prescribing alternative therapies:

.....

.....

.....

.....

<sup>1</sup>**Leitender Verbandsarzt:** Nach Möglichkeit sollte der leitende Verbandsarzt über diesen Antrag in Kenntnis gesetzt werden. Er kann dem Antrag eine eigene Stellungnahme über die Notwendigkeit der Behandlung mit einem verbotenen Wirkstoff oder Methode beifügen. / **NSO Chief Medical Officer** – Where possible the Chief Medical Officer (CMO) of the sport involved should be notified of the application to the Anti-Doping Organization. When appropriate, the application should include a statement by the Medical Officer or the Athlete's national sport governing body, attesting to the necessity of the otherwise Prohibited Substance or Prohibited Method in the treatment of the athlete.



**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: .....  
*Signature of medical practitioner*

Datum: .....  
*Date*

Hiermit beantrage ich, ....., die medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung verbotener Medikamente/Wirkstoffe und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der unter 1. gemachten Angaben.

*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.*

Ich gestatte hiermit die Herausgabe meiner ärztlichen Unterlagen zur Vorlage beim ÖADC, 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 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: .....  
*Signature of Athlete*

Datum: .....  
*Date*

(Bei Minderjährigen oder in der Geschäftsfähigkeit Beschränkten)  
**Unterschrift des Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters:**

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 an den ÖADC oder Ihren Fachverband.** 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.