

**ANTRAG AUF MEDIZINISCHE AUSNAHMEGENEHMIGUNG (TUE)
DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)
THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE)**

NADO-Deutschsprachige Gemeinschaft
Belgien

Gospertstraße 1 – 4700 Eupen (Belgien)
Tél. : +32 (0)87 596 300 Fax : +32 (0)87 556 476
E-Mail : nado-dg@dgov.be

Bitte alle Felder vollständig in Großbuchstaben oder Druckschrift ausfüllen.
Veuillez compléter toutes les sections EN MAJUSCULES ou en caractères d'imprimerie.
Please complete all sections IN CAPITAL LETTERS or typing.

ANGABEN ZUM ATHLETEN - RENSEIGNEMENTS SUR LE SPORTIF - ATHLETE INFORMATION

Nachname - Nom de famille - Family name		Vornamen - prénoms - Given names		
Geschlecht - Sexe - Gender	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W/F	Geburtsdatum Date de naissance Birthday	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse Address		Stadt - Ville - City	Plz - Code postal - Postal code	
Straße - Rue - Street / Nummer - Numéro - Number				
Telefonnummer (inkl. Landesvorwahl) - Tél. contact (incl. code pays) - Contact tel (incl. country code)		E-Mail Adresse - Courriel - Email		

Sportart - Discipline - Sport

(Inter-)Nationaler Sporfachverband - Organisation sportive internationale ou nationale - International or national sport organisation

Wenn Behindertensportler, bitte Behinderung angeben - Lorsque l'athlète présente un handicap, veuillez préciser lequel - If athlete with disability, indicate disability

MEDIZINISCHE INFORMATIONEN - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - MEDICAL INFORMATION

Diagnose - Diagnostic - Diagnosis

Dem vorliegenden Antrag sind zeitgleich die Bestätigung der Diagnose sowie eine Beschreibung des Krankheitsbildes mit Vorgeschichte, Laborergebnisse und medizinische Röntgenbilder beizufügen. Fügen Sie, wenn möglich, Kopien der Berichte und Originalschriftverkehr bei.

Le justificatif confirmant le diagnostic doit être joint à la présente demande et doit être envoyé simultanément. Le justificatif doit contenir un historique médical détaillé ainsi que les résultats de tous les examens médicaux pertinents, analyses de laboratoire et examens d'imagerie médicale. Vous joindrez, dans la mesure du possible, les copies des rapports ou courriers originaux de sorte que la preuve soit la plus objective possible dans des conditions cliniques.

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.

Insofern ein erlaubtes Medikament ebenfalls zur Behandlung eingesetzt werden kann, geben Sie bitte die Gründe an, warum aus medizinischer Sicht die verbotene Substanz angewandt werden muss.

Si des médicaments autorisés peuvent également être utilisés pour traiter l'affection, veuillez fournir un justificatif clinique pour l'utilisation de médicaments interdits.
If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

VERWENDETE MEDIKAMENTE - MÉDICAMENT(S) CONCERNÉ(S) - MEDICATION DETAILS

	Verbotene Substanz(en) (Generika) Substance(s) interdite(s) (nom générique) Prohibited substance(s) (generic name)	Dosierung Posologie Dose	Verabreichung Vois d'administration Route	Häufigkeit der Verabreichung Fréquence d'administration Frequency
1				
2				
3				

Geplante Dauer der Behandlung - Durée prévue du traitement - *intended duration of treatment*

Einmaliger Gebrauch - Une seule dose - *Once only* Dauer (Wochen/Monate) Durée (semaine / mois) - *Duration (week / month)* Dringlichkeit - Urgence - *Emergency*

Haben Sie bereits einen Antrag auf Medizinische Ausnahmegenehmigung gestellt? Ja - Oui - Yes Nein - Non - No

Avez-vous déjà demandé une "autorisation d'usage à des fins thérapeutiques" ?

Have you submitted any previous "therapeutic use exemption" application ?

Für welche Substanz(en) oder Methode(n)? Pour quelle(s) substance(s) ou méthodes? - *For which substance(s) or method(s)?*

Bei welcher Antidoping-Organisation? Auprès de quelle organisation antidopage? - *To which anti-doping organisation?*

Wann?
Quand?
When?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT/JJ/DD		MM		JJJJ/AAAA/YYYY					

Beschluss
Décision
Decision

Angenommen - Acceptée Abgelehnt - Refusée
- *Approved* - *Not approved*

RETROAKTIVER ANTRAG - DEMANDE RÉTROACTIVE - RETROACTIVE APPLICATION

Handelt es sich hier um einen retroaktiven Antrag?

S'agit-il d'une demande rétroactive?

Is this a retroactive application? Ja Oui - Yes Nein - Non - No

Wenn ja, wann wurde die Behandlung begonnen (tt/mm/jjjj)?

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé (jj/mm/aaaa)?

If yes, on what date did the treatment start (dd/mm/yyyy)?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
JJ/DD		MM		AAAA/JJJJ/YYYY					

Geben sie den Grund des retroaktiven Antrags an :/ Veuillez indiquer la raison de la demande rétroactive / Please indicate the reason why the application is retroactive:

- Notfall oder Behandlung einer akuten Erkrankung
Un traitement d'urgence ou le traitement d'un état pathologique aigu a été nécessaire.
Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary.
- Bedingt durch andere außergewöhnliche Umstände hatten wir nicht genügend Zeit oder keine Gelegenheit für die Antragstellung
En raison d'autres circonstances exceptionnelles, nous n'avons pas eu le temps ou l'occasion de soumettre une demande d'AUT avant le prélèvement d'échantillons
Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection
- Andere Gründe
Autre raison
- Other

ERKLÄRUNG DES ARZTES - DÉCLARATION DU MÉDECIN - MEDICAL PRACTITIONER'S DECLARATION

Hiermit bestätige ich, dass die obengenannten Angaben wahrheitsgemäß sind und dass die o.g. Wirkstoffe/Medikamente für die Behandlung des beschriebenen Krankheitsbildes des genannten Athleten notwendig sind und keine Alternative einer Behandlung mit Medikamenten, die nicht auf der Verbotsliste stehen, möglich ist.

Je certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement adapté et que l'usage de médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la liste des interdictions serait inadéquat pour le traitement de l'état pathologique décrit ci-dessus.

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 und medizinische Fachrichtung - Nom et spécialité médicale - *Name and medical specialty*

Adresse
Adres
Address

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Nummer - Rue / Numéro - <i>Street / Number</i>		Stadt - Ville - <i>City</i>
		PLZ - Code postal - <i>Postal code</i>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer - Tél. contact - <i>Phone number</i>	Faxnummer - Télécopieur - <i>Fax</i>	E-Mail Adresse - Courriel - <i>Email</i>

Datum/Date

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT/JJ/DD		MM		JJJJ/AAAA/YYYY			

Unterschrift des behandelnden Arztes - Signature du médecin - *Signature of medical practitioner*

ERKLÄRUNG DES SPORTLERS

Hiermit bestätige ich,, die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben und bitte um Genehmigung, die von der WADA verbotene Substanz oder Methode benutzen zu dürfen. Mir ist bewusst, dass meine Informationen nur zur Bewertung meines (TUE) Antrags sowie im Zusammenhang mit Untersuchungen oder Prozeduren in Verbindung mit eventuellen Verstößen gegen die Anti-Doping Regeln genutzt werden. Die von mir gegebenen Angaben an die CAUT werden auf Grundlage des Dopingdekrets der Deutschsprachigen Gemeinschaft vom 22. Februar 2016 und insbesondere Artikel 12 behandelt. Diese Angaben werden nach Maßgabe des Gesetzes vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten behandelt. Ich stimme zu, dass mein/e behandelnder/en 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 ich meinen behandelnden Arzt und die jeweiligen Anti-Doping-Organisation schriftlich informieren muss, insofern ich (1) mehr Informationen über die Verwendung meiner Daten erhalten möchte; (2) mein Recht auf Zugang und Korrektur meiner Daten 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 aufbewahrt werden, insofern dies vom Code vorgeschrieben ist. Ich stimme dem ausdrücklich zu.

Der Weiterleitung der Entscheidung über meinen Antrag an alle Anti-Doping- oder anderen 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 Entscheidungen über meinen Antrag möglicherweise außerhalb meines Wohnsitzstaates angesiedelt sind. Die Datenschutzbestimmungen oder Persönlichkeitsrechte können dort von denen in meinem Wohnsitzstaat abweichen.

Mir ist bekannt, dass ich eine Beschwerde bei der WADA oder dem TAS einreichen kann, wenn ich vermute, dass meine persönlichen Informationen nicht entsprechenden Vorgaben aus dieser Einwilligung und dem internationalen Standard für Datenschutz verwendet werden.

Datum

TT		MM		JJJJ			

Unterschrift des Sportlers

Ist der Sportler minderjährig oder eine Person mit einer Einschränkung, die sie an der Unterzeichnung hindert, muss ein Elternteil oder der Vormund mit ihm oder für ihn unterzeichnen.

Datum

DD		MM		JJJJ			

Anzahl der Anhänge

Unterschrift des Elternteils oder des gesetzlichen Vertreters

**Bitte übersenden Sie nur vollständige Anträge an die NADO-DG
per Einschreiben, per E-Mail oder via ADAMS
spätestens 30 Tage vor dem entsprechenden Wettkampf**

Ihre persönlichen Daten werden nach Maßgabe des Gesetzes vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten genutzt.

Die gesundheitsbezogenen Daten können nur von einer Fachkraft im Gesundheitsbereich bearbeitet werden.

DÉCLARATION DU SPORTIF

Je soussigné, certifie que mes données sont correctes et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui fait partie de la liste des interdictions de l'AMA. Je comprends que mes informations ne seront utilisées que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à de possibles violations de règles antidopage. Les informations que je transmets à la CAUT seront traitées conformément au décret du 22 février 2016 relatif à la lutte contre le dopage dans le sport en Communauté germanophone, en particulier l'article 12. Ces informations seront traitées dans le strict respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Ces données seront exclusivement traitées par des professionnels de la santé, tous tenus au secret professionnel. Si nécessaire, en application de l'article 12 §4 du décret susvisé, ces informations pourront être transmises, après anonymisation, à des experts médicaux ou scientifiques pour avis. Je dispose du droit d'accéder et de rectifier toutes les données me concernant.

Je suis informé et j'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux à l'organisation antidopage (OAD), au personnel de l'AMA, et à son Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT), ainsi qu'à toute autre organisation antidopage définie par le Code*.

Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes informations; (2) exercer mon droit d'accès et de correction ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir les informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et mon OAD. Je comprends et j'approuve qu'il puisse être nécessaire que les informations relatives aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement soient conservées à la seule fin d'établir une possible violation de règle antidopage, conformément aux exigences du Code.

Date

JJ		MM		AAAA			

Signature du sportif

Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur légal devra signer avec lui ou en son nom.

Date

JJ		MM		AAAA			

Nombre d'annexes

Signature d'un des parents ou du tuteur légal

**Document à nous retourner par courrier recommandé, par courrier électronique, ou via ADAMS
au plus tard 30 jours avant la manifestation concernée.**

ATHLETE'S DECLARATION

I,certify that the athlete information is accurate and that I am requesting approval to use a substance or method from the WADA prohibited list. I understand that my information will only be used for the assessment of my TUE request and in the context of inquiries and procedures relating to any violation of the anti-doping rules. The information I send to the Therapeutic Use Exemptions Committee (TUEC) will be processed pursuant to the Anti-Doping Order of 22 February 016 issued by the German-speaking Community, in particular Article 12. This information will be processed in strict observance of the Act of 8 December 1992 concerning the protection of privacy with regard to the processing of personal information. This data will only be processed by health professionals, whom are all subject to professional confidentiality. If necessary and after de-personalisation, this information may be transmitted to medical or scientific experts for advice in application of Article 8 §4 of the Order mentioned above. I have the right to access and correct all my personal information.

I have been informed of and I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organisation (ADO) as well as to WADA staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO under the provisions of the Code*.

I understand that if I wish to (1) obtain more information about the use of my information; (2) exercise my right of access and correction or (3) revoke the right of these organisations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of this fact. I understand and agree that it may be necessary that TUE-related information submitted prior to revoking my consent will be retained for the sole purpose of establishing any violation of the anti-doping rules, where this is required by the Code.

Date

DD		MM		YYYY			

Athlete's 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.

Date

DD		MM		YYYY			

Number of attachments

Parent's / guardian's signature

**This document needs to be sent back to us by mail, by e-mail, or via ADAMS
30 days at the latest before the described sportsevent.**