

**Standard-Antrag auf eine Ausnahmegewilligung zu therapeutischen Zwecken
(ATZ)**

Demande standard d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT)

Bitte füllen Sie alle Teile des Formulars in Blockschrift aus
Veuillez compléter toutes les sections en majuscules ou en caractères d'imprimerie

1. Angaben über den Sportler / Renseignements sur le sportif

Name:	Prénoms :	
Nom :	Vorname(n) :	
Frau / Femme <input type="checkbox"/>	Mann / Homme <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum (T/M/J) / Date de naissance (j/m/a)
Adresse:		
Ort :	Land:	Postleitzahl:
Ville :	Pays :	Code postal :
Fon :	e-mail:	
<i>(mit internat. Code / avec code international)</i>		
Sport:	Disziplin / Position:	
Sport :	Discipline / Position :	
Internationaler oder nationaler Sportverband		
Organisation sportive internationale ou nationale :		
Falls der Sportler / die Sportlerin behindert ist, bitte beschreiben:		
Si le sportif / la sportive souffre d'un handicap, préciser le handicap :		
.....		
.....		

2. Medizinische Auskünfte / Renseignements médicaux

Begründete Diagnose mit den notwendigen medizinischen Informationen (s. Bemerkung 1)
Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire (voir note 1) :
.....
.....
.....
.....
Falls ein erlaubtes Medikament zur Behandlung der Erkrankung verwendet werden kann, geben Sie bitte eine medizinische Begründung, welche die Anwendung einer verbotenen Substanz rechtfertigt:
Si une médication autorisée peut être utilisée pour traiter la pathologie, fournir un argumentaire clinique qui justifie l'utilisation d'une médication interdite :
.....
.....
.....

Vertraulich / Confidential

3. Angewendete(s) Medikament(e) / Médicament(s) concerné(s)

Verbotene Substanz(en) [DCI Name]: / Substance(s) interdite(s) [Nom générique (DCI)]:	Dosierung: Posologie:	Art der Verabreichung: Voie d'administration	Häufigkeit der Verabreichung: Fréquence d'administration:
1.			
2.			
3.			
Vorgesehene Behandlungsdauer: Durée prévue du traitement :	Eine Einzeldosis Une seule dose <input type="checkbox"/>	Notfall urgence <input type="checkbox"/>	oder Dauer: ou durée :

Haben Sie schon einen Antrag auf eine ATZ gestellt? / Avez-vous déjà demandé une AUT?

Ja/ Oui Nein / Non Wenn Ja, wann? / Si Oui, quand? :

Für welche Substanz? / pour quelle substance?

.....

Entscheid: / Décision: angenommen / acceptée abgelehnt / refusée

4. Erklärung des Arztes und des Sportlers / Déclaration du médecin et du sportif

Ich bestätige das die obengenannte Behandlung medizinisch angebracht ist, und dass der Einsatz anderer Medikamente, die nicht auf der Dopingliste stehen, zur Behandlung der vorliegenden Erkrankung ungeeignet sind.

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.

Name / Nom :

Medizinisches Fachgebiet / Spécialité médicale :

Adresse :

Fon : **Fax :**

e-mail : **Datum / Date :**

Unterschrift Arzt /Signature du médecin :

Ich,,

bestätige, dass die Angaben unter Punkt 1 zutreffen und ich beantrage die Ausnahmegewilligung, eine verbotene Substanz oder Methode anzuwenden, die auf der offiziellen Dopingliste der WADA steht. Ich ermächtige die Bekanntgabe meiner medizinischen Daten an die Anti-Doping-Organisation (ADO), als auch an das Personal der Welt-Anti-Doping-Agentur (WADA), an sein Komitee für Ausnahmegewilligungen zu therapeutischen Zwecken sowie an alle anderen Anti-Doping-Organisationen, bestimmt durch den Code (s. www.wada-ama.org). Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meinen behandelnden Arzt oder Ärztin schriftlich darauf aufmerksam machen muss, wenn ich nicht will, dass meine medizinischen Daten den vorher erwähnten Organisationen zur Verfügung stehen.

Vertraulich / Confidential

Je,

certifie que les renseignements du point 1 sont exacts et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui fait partie de la Liste des interdictions de l'AMA (voir www.wada-ama.org). J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux à l'organisation antidopage (OAD), au personnel de l'AMA et son Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT), ainsi qu'à toute autre organisation antidopage définie par le Code (voir www.wada-ama.org). Je comprends que, si je désire, le cas échéant, m'opposer au droit de ces organisations d'obtenir en mon nom mes renseignements médicaux, je dois en aviser mon médecin traitant et la CLD par écrit.

Datum, Unterschrift Sportlerin / Sportler

Date et signature du sportif :

Datum, Unterschrift Elternteil / Rechtsvertreter

Date et signature d'un des parents ou du tuteur légal :

(Falls die Sportlerin (der Sportler) minderjährig ist oder so handikapiert ist, dass das Formular nicht unterschrieben werden kann, hat ein Elternteil oder Rechtsvertreter mit ihr (ihm) oder unter ihrem (seinem) Namen zu unterschreiben.

Si le sportif (la sportive) est mineur(e) 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).

5. Bemerkung / Note

Bemerkung 1
Note 1

Diagnose

Belege, die die Diagnose bestätigen müssen diesem Antrag beigelegt werden. Die medizinischen Unterlagen sollten die vollständige Krankengeschichte, relevante Untersuchungsbefunde (inkl. Bildgebung) und Laborresultate enthalten. Berichtskopien oder Originalbriefe sollten wenn möglich beigelegt werden. Der Nachweis muss im Rahmen der klinischen Bedingungen so objektiv wie möglich sein. Im Falle von schwer objektivierbaren Zuständen muss dem Antrag eine unabhängige medizinische Zweitmeinung beigelegt werden.

Diagnostic

La preuve confirmant le diagnostic doit être jointe à la présente demande. La preuve médicale devrait inclure l'historique médicale et les résultats de tout examen pertinent, des analyses de laboratoire et d'imagerie. Des copies des rapports originaux ou des courriers devraient être si possible incluses. L'argumentaire devra être aussi objectif que possible sur les circonstances cliniques et en cas de conditions non démontrables un témoignage médical indépendant devra appuyer la demande.

Unvollständige Anträge werden zurückgewiesen und müssen erneut eingereicht werden.

Bitte reichen Sie den Antrag an die Fachkommission für Dopingbekämpfung, Geschäftsstelle, Swiss Olympic, Postfach 606, 3000 Bern 22 (Fax: 031 359 71 70) ein und behalten Sie eine Kopie zu Ihren Akten.

Les demandes incomplètes seront retournées et devront être de nouveau soumises.

Veillez soumettre le formulaire complété à la Commission de lutte contre le dopage, Bureau, CP 606, 3000 Berne 22 (fax: 031 359 71 70) et conserver une copie du formulaire complété pour vos dossiers.

Vertraulich / Confidential