

Nr. des Antrags

N° de demande :

(wird von Antidoping Schweiz ausgefüllt / est rempli par Antidoping Suisse)

Antrag für eine Ausnahmegewilligung zu therapeutischen Zwecken (ATZ) Demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT)

Bitte füllen Sie alle Felder des Formulars in Blockschrift oder Maschinenschrift aus. Sportler/innen füllen die Teile 1, 5, 6 und 7 aus, Ärztinnen und Ärzte die Teile 2, 3 und 4. Bitte senden Sie den Antrag an **Antidoping Schweiz, Pharmazie und Medizin, Eigerstrasse 60, 3007 Bern** (E-Mail: med@antidoping.ch oder antidoping@hin.ch) und behalten Sie eine Kopie. **Unvollständige oder unleserliche Anträge werden zurückgewiesen und müssen erneut eingereicht werden.**

*Veillez remplir toutes les sections en lettre majuscule ou à la machine. Les sportifs/ves doivent compléter les sections 1, 5, 6 et 7 ; les médecins doivent compléter les sections 2, 3 et 4. Veuillez transmettre ce formulaire complété à **Antidoping Suisse, pharmacie et médecine, Eigerstrasse 60, 3007 Bern** (Email : med@antidoping.ch ou antidoping@hin.ch), sans oublier d'en conserver une copie. **Les demandes incomplètes ou illisibles seront retournées et devront être soumises une nouvelle fois.***

- Ich habe den Doping-Status meiner Medikamente mit Hilfe der Medikamentenabfrage geprüft und beantrage die ATZ für eine verbotene Therapie (www.antidoping.ch/medikamente). Hinweis: Für erlaubte Therapien, inkl. Asthmamedikamente zur Inhalation unterhalb der gemäss Dopinglisten geltenden Grenzwerte, ist keine ATZ notwendig. Wird dennoch ein Antrag eingereicht, wird er ohne Beurteilung retourniert.
*J'ai vérifié le statut d'interdiction de mes médicaments à l'aide de la base de données sur les médicaments et je demande l'AUT pour une thérapie interdite (www.antidoping.ch/fr/médicaments).
Renseignement: Aucune AUT n'est nécessaire pour les thérapies autorisées, y compris les médicaments contre l'asthme pour inhalation en dessous des limites applicables selon la Liste des interdictions. Si une demande est néanmoins soumise, la demande sera renvoyée sans évaluation.*
- Ich habe mit Hilfe des ATZ-Wizard (www.antidoping.ch/ATZ) überprüft, ob, wann und an wen ich den ATZ-Antrag stellen muss.
J'ai vérifié avec l'assistant AUT (www.antidoping.ch/fr/AUT) si, quand et à qui je dois soumettre la demande d'AUT.
- Ich habe die notwendigen ärztlichen Unterlagen beigelegt (www.antidoping.ch/download-center).
J'ai envoyé les rapports médicaux nécessaires (www.antidoping.ch/fr/download-center).

1. Angaben über den/die Sportler/in / Renseignements concernant le/la sportif/ve

Name: <i>Nom :</i>	Vorname(n): <i>Prénom(s) :</i>		
Geburtsdatum (TT/MM/JJ): <i>Date de naissance (jj/mm/aa) :</i>	<input type="checkbox"/> Frau / <i>Femme</i> <input type="checkbox"/> Mann / <i>Homme</i>		
Adresse: <i>Adresse :</i>			
Postleitzahl: <i>Code postal :</i>	Ort: <i>Ville :</i>	Kanton: <i>Canton :</i>	Land: <i>Pays :</i>
Telefon: <i>Téléphone :</i>	E-Mail: <i>E-Mail :</i>		
<small>(mit internat. Code / avec code international)</small>			
Sportart(en): <i>Sport(s) :</i>	Disziplin(en) / Position(en): <i>Discipline(s) / Position(s) :</i>		
Internationaler oder Nationaler Sportverband: <i>Organisation sportive internationale ou nationale :</i>			
Falls Sie ein/e Sportler/in mit einem Handicap sind, beschreiben Sie es bitte: <i>Si vous êtes un/e sportif/ve avec un handicap, veuillez préciser lequel :</i>			

2. Medizinische Auskünfte / Renseignements médicaux

Diagnose / Diagnostic :

Sofern eine erlaubte Alternative zur Verfügung steht, geben Sie bitte Gründe an, warum aus medizinischer Sicht die verbotene Substanz angewandt werden muss (ausführliche Stellungnahme soll separat beigelegt werden):

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la pathologie, veuillez fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament interdit (avis circonstancié à joindre séparément) :

Dem Antrag müssen alle **notwendigen Belege** beigelegt werden, welche die entsprechende **Diagnose bestätigen**. Die ärztlichen Unterlagen müssen eine vollständige Krankengeschichte (Vorgeschichte, Krankheitsverlauf, aktuelle Medikation und angewendete Therapieoptionen) und alle relevanten Untersuchungsbefunde (beispielsweise Laborergebnisse oder Bildgebungen) beinhalten. Sie sollen sich, wo vorhanden, an den Antragskriterien von Antidoping Schweiz orientieren (www.antidoping.ch/download-center). Diagnose und Therapie sollen nach wissenschaftlichen Kriterien stimmig und so objektiv wie möglich sein. Im Falle von schwer objektivierbaren Pathologien kann eine unabhängige medizinische Zweitmeinung verlangt werden.

Les éléments confirmant le diagnostic seront joints et transmis avec cette demande. Les preuves médicales comprendront un historique médical complet (anamnèse, évolution de la maladie, médication actuelle et alternatives thérapeutiques appliquées) ainsi que les résultats de tous les examens (par ex. analyses de laboratoire ou études par imagerie pertinents). Le cas échéant, ils doivent être basés sur les critères d'application d'Antidoping Suisse (www.antidoping.ch/fr/download-center). Le diagnostic et la thérapie doivent être cohérents selon des critères scientifiques et aussi objectives que possible. Dans le cas de pathologies impossibles à démontrer, un avis médical indépendant peut être demandé.

3. Beantragte Medikamente / Médicaments faisant l'objet de la demande

Verbotene Substanz: Substance interdite :	Produktname: Nom du produit :	Dosierung: Posologie :	Verabreichungs- weg: Voie d'admini- stration :	Häufigkeit der Verabreichung: Fréquence d' administration :	Dauer der Ver- abreichung: Durée du traitement :
1.					
2.					
3.					

4. Erklärung des/r behandelnden Arztes/Ärztin / Attestation du médecin traitant

Hiermit bestätige ich, dass die Angaben unter Punkt 2 und 3 wahrheitsgemäss sind, und dass die obengenannte Behandlung medizinisch angebracht ist. Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass meine Kontaktdaten an den Internationalen Sportverband des/r Athleten/in, falls zutreffend die International Testing Agency (ITA), sowie an die Welt-Anti-Doping-Agentur (WADA) weitergeleitet werden können.

Je, soussigné, certifie que les informations figurant aux sections 2 et 3 ci-dessus sont exactes, et que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié. Je prends également connaissance que mes coordonnées peuvent être transférées à la fédération internationale du/de la sportif/ve, le cas échéant, l'International Testing Agency (ITA), ainsi qu'à l'agence mondiale antidopage (AMA).

Name / Nom :

Medizinisches Fachgebiet / Spécialité médicale :

Adresse / Adresse :

Telefon / Téléphone : Fax :

E-Mail : Datum / Date :

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes /
der behandelnden Ärztin
Signature et tampon du médecin traitant :

5. Nachträglicher Antrag / *Demande rétroactive*

Handelt es sich hierbei um einen retroaktiven Antrag? / *Cette demande est-elle rétroactive?*

Ja / *Oui*

Nein / *Non*

Wenn ja, wann wurde mit der Behandlung begonnen? / *Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé ?*

.....

Wenn ja, geben Sie bitte den Grund für den nachträglichen Antrag an / *Si oui, veuillez indiquer la raison pour cette demande rétroactive :*

Notfall oder Behandlung einer akuten Erkrankung / *Urgence médicale ou traitement d'une pathologie aiguë*

Bedingt durch andere aussergewöhnliche Umstände war es nicht möglich, die Zeit nicht ausreichend oder keine Gelegenheit, um einen Antrag rechtzeitig vor der Probenahme einzureichen /
En raison d'autres circonstances exceptionnelles, il n'y a pas eu suffisamment de temps ou de possibilités pour soumettre une demande d'AUT avant la collecte de l'échantillon

Vorgängiger Antrag ist gemäss gültigem Reglement nicht notwendig /
Demande avant utilisation de la substance non obligatoire en vertu des règles applicables

Anderer Grund (bitte erklären) / *autre raison (veuillez expliquer) :*

.....
.....

Datum und Art des voraussichtlich nächsten Wettkampfs / *Date et nature de la prochaine compétition prévue :*

.....

6. Frühere Anträge / *Demandes antérieures*

Haben Sie in der Vergangenheit schon einen oder mehrere Anträge für eine ATZ an eine Anti-Doping-Organisation gestellt? / *Avez-vous déjà soumis une (des) demande(s) d'AUT dans le passé à une organisation antidopage ?*

Ja / *Oui*

Nein / *Non*

Wenn ja, wann? / *Si oui, quand ?*

Für welche Substanz(en)/Methode(n)? / *Pour quelle(s) substance(s)/méthode(s) ?*

.....

An wen? / *A qui ?*

Entscheid / *Décision* : angenommen / *approuvée* abgelehnt / *refusée*

7. Erklärung des Sportlers/der Sportlerin / Déclaration du/de la sportif/ve

Hiermit bestätige ich, / *Je soussigné*,

die Richtigkeit und Vollständigkeit der unter den Punkten 1, 5 und 6 gemachten Angaben. Ich ermächtige die Bekanntgabe meiner medizinischen Daten an das autorisierte Personal von Antidoping Schweiz und der Welt-Anti-Doping-Agentur (WADA), an deren ATZ-Kommissionen (ATZK) sowie an ATZK und autorisiertes Personal anderer Anti-Doping-Organisationen (ADOs; z.B. der zuständige Internationale Sportverband), die gemäss den Bestimmungen des Welt-Anti-Doping-Codes (Code) und/oder *International Standard for Therapeutic Use Exemptions* das Recht haben, diese Informationen zu kennen. Falls der zuständige Internationale Sportverband das ATZ-Verfahren an die International Testing Agency (ITA) delegiert, ermächtige ich die Bekanntgabe meiner medizinischen Daten an deren ATZK und autorisiertes Personal. Ich ermächtige meine Ärzte, meine sämtlichen medizinischen Daten an die obengenannten Personen weiterzugeben, falls diese es für die Beurteilung meines Bewilligungsantrags für notwendig halten. Zudem ermächtige ich die Mitglieder der ATZK bei Bedarf meine Ärzte direkt zu kontaktieren.

Mir ist bekannt, dass meine Daten ausschliesslich zur Begutachtung meines ATZ-Antrages sowie im Rahmen von möglichen Überprüfungen und Verfahren im Zusammenhang mit Verstössen gegen die Anti-Doping-Bestimmungen benutzt werden.

Mir ist bekannt, dass ich meinen/e behandelnden/e Arzt/Ärztin und die jeweilige ADO schriftlich informieren muss, sofern 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. Weiter nehme ich zur Kenntnis und stimme zu, dass bei einem Widerruf meiner Einwilligung, Informationen im Zusammenhang mit ATZ-Anträgen, die vor diesem Widerruf eingebracht wurden, bei Untersuchungen zu einem möglichen Verstoß gegen die Anti-Doping-Bestimmungen gemäss Code bzw. Doping-Statut von Swiss Olympic sowie gemäss Sportförderungsgesetz oder anderen nationalen Anti-Doping-Gesetzgebungen weiterhin verwendet werden dürfen. Der Weiterleitung des Entscheids über meinen Antrag an alle Anti-Doping- oder anderen Organisationen, unter deren Zuständigkeit ich falle, sei es bei der Probenahme oder im Resultatmanagement, stimme ich zu.

Ich nehme zur Kenntnis und stimme zu, 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 und ich stimme zu, dass meine Daten in ADAMS, das von der WADA auf Servern in Kanada gehostet wird, gespeichert werden können und dass diese für die im *International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI)* angegebene Dauer aufbewahrt werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich bei der WADA Beschwerde einreichen kann, wenn meine persönlichen Informationen nicht entsprechend den Vorgaben aus dieser Einwilligung und des ISPPPI verwendet werden.

Mir ist bekannt, dass die vorgenannten Organisationen nationalen Anti-Doping-Gesetzen unterliegen und diese einhalten müssen, auch betreffend Offenlegung von Informationen gegenüber Strafverfolgungsbehörden, Gerichten oder anderen staatlichen Behörden. Weitere Informationen über nationale Anti-Doping-Gesetze anderer Länder kann ich bei meinem Internationalen Sportverband erhalten. Informationen zum Sportförderungsgesetz kann ich bei Antidoping Schweiz erhalten.

certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 5 et 6 sont exactes. J'autorise la divulgation des renseignements médicaux personnels au personnel autorisé d'Antidoping Suisse et de l'agence mondiale antidopage (AMA), à ses Commissions des autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) et à la CAUT et au personnel autorisé des autres organisations antidopage (OAD ; par exemple, la fédération internationale concernée) qui pourrait avoir le droit de connaître ces renseignements en vertu du Code mondial antidopage et/ou du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques. Si la fédération internationale responsable délègue la procédure AUT à l'International Testing Agency (ITA), j'autorise la divulgation de mes données médicales à son CAUT et au personnel autorisé.

J'autorise mon/mes médecin(s) à communiquer aux personnes ci-dessus tout renseignement relatif à ma santé qu'elles jugent nécessaire afin d'examiner ma demande et de rendre une décision. Pour ce but, j'autorise les membres de la CAUT de contacter directement mon/mes médecin(s).

Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à des potentielles violations des règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes renseignements, (2) exercer mon droit d'accès et de correction ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des renseignements sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin et mon OAD. Je comprends et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les renseignements relatifs aux demandes d'AUT soumises avant le retrait de mon consentement soient conservés à la seule fin d'établir une violation potentielle des règles antidopage, conformément aux exigences du Code respectivement du Statut concernant le dopage de Swiss Olympic ou de la Loi sur l'encouragement du sport ou d'autres lois nationales d'antidopage. Je consens à ce que la décision relative à cette demande soit communiquée à toutes les organisations antidopage, ou autres organisations, compétentes pour les contrôles et/ou la gestion des résultats.

Je comprends et j'accepte que les destinataires de mes renseignements et de la décision relative à cette demande puissent se trouver hors du pays où je réside. Il est possible que dans certains de ces pays, les lois de la protection des renseignements personnels et de la vie privée ne soient pas équivalentes à celles du pays où je réside. Je comprends que mes renseignements seront conservés dans le système ADAMS, qui est hébergé par l'AMA sur des serveurs basés au Canada, pendant la durée indiquée dans le Standard international pour la protection des renseignements personnels de l'AMA (SIPRP). Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et le SIPRP.

Je comprends que les entités mentionnées ci-dessus sont soumis et doivent se conformer à des lois nationales antidopage, ou d'autres lois applicables qui peuvent exiger que des informations soit divulguées aux tribunaux, forces de l'ordre ou autres autorités publiques locales. Je peux obtenir davantage d'informations sur ces lois nationales antidopage d'autre pays auprès de ma fédération internationale. Je peux obtenir des informations sur la Loi sur l'encouragement du sport auprès d'Antidoping Suisse.

Datum, Unterschrift Sportler/in:

Date et signature du/de la sportif/ve :

Datum, Unterschrift Elternteil / Rechtsvertreter

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

(Falls der/die Sportler/in minderjährig ist oder so behindert 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/la sportif/ve est mineur/e ou atteint/e d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur le signera avec le/la sportif/ve ou en son nom.)