

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. Sporttreibende 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** (Fax: 031 550 21 02) 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 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** (Fax: 031 550 21 02), sans oublier d'en conserver une copie. Les demandes incomplètes ou illisibles seront retournées et devront être soumises une nouvelle fois.*

1. Angaben über den Sportler / Renseignements concernant l'athlète

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> Land: <i>Pays :</i>
Telefon : <i>Téléphone :</i> <small>(mit internat. Code / avec code international)</small>	E-Mail : <i>E-Mail :</i>
Sport : <i>Sport :</i>	Disziplin / Position: <i>Discipline / Position :</i>
Internationaler oder nationaler Sportverband: <i>Organisation sportive internationale ou nationale :</i>	
Falls Sie eine Sportlerin / ein Sportler mit einem Handicap sind, beschreiben Sie es bitte: <i>Si vous êtes un sportif avec un handicap, veuillez préciser lequel :</i>	
.....	

Formular Antrag ATZ

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:

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la pathologie, veuillez fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament interdit :

.....

Dem Antrag müssen alle **notwendigen Belege** (im Original oder in Kopie) beigelegt werden, welche die entsprechende Diagnose bestätigen. Zwingend beizulegend sind: die vollständige Krankengeschichte (Vorgeschichte, Krankheitsverlauf, aktuelle Medikation und angewendete Therapieoptionen), alle relevanten Untersuchungsbefunde, beispielsweise Laboreergebnisse oder Bildgebungen. Diagnose und Therapie sollen nach wissenschaftlichen Kriterien stimmig sein. Im Falle von schwer objektivierbaren Zuständen muss dem Antrag eine unabhängige medizinische Zweitmeinung beigelegt werden.

Les éléments confirmant le diagnostic seront joints et transmis avec cette demande. Les preuves médicales comprendront un historique médical complet (anamnèse, évolution, médication actuelle et alternatives thérapeutiques appliquées) ainsi que les résultats de tous les examens, analyses de laboratoire et études par imagerie pertinents. Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou lettres sera jointe. Les preuves seront aussi objectives que possible compte tenu des circonstances cliniques. Dans le cas de pathologies impossible à démontrer, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande.

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

Verbotene Substanz: <i>Substance interdite:</i>	Produktename : <i>Nom du produit :</i>	Dosierung: <i>Posologie :</i>	Art der Verabreichung: <i>Voi d'admini- stration :</i>	Häufigkeit der Verabreichung: <i>Fréquence d' administration:</i>	Dauer der Ver- abreichung: <i>Durée du traitement :</i>
1.					
2.					
3.					

4. Erklärung des behandelnden Arztes / 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.

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.

Name / Nom :

Medizinisches Fachgebiet / Spécialité médicale :

Adresse / Adresse :

Telefon / Téléphone: Fax :

E-Mail : Datum / Date :

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

Formular Antrag ATZ

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'uneaiguë*
 Bedingt durch andere aussergewöhnliche Umstände war es nicht möglich oder es war nicht genügend Zeit oder Gelegenheit, um einen Antrag rechtzeitig 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 auf eine ATZ gestellt? / *Avez-vous déjà soumis une (des) demande(s) d'AUT dans le passé?*

- Ja/ *Oui*
 Nein / *Non*

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

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

.....

An wen? / *A qui ?*

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

Formular Antrag ATZ

7. Erklärung des Sporttreibenden / Déclaration de l'athlète

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 der Anti-Doping-Organisation (ADO) und der Welt-Anti-Doping-Agentur (WADA), an deren ATZ Kommissionen (ATZK), sowie an ATZK und autorisiertem Personal anderer Anti-Doping-Organisationen, die gemäss den Bestimmungen des WADA Code und/oder Standard für Ausnahmegenehmigungen zu therapeutischen Zwecken das Recht haben, diese Informationen zu kennen. Ich ermächtige meinen/meine Arzt/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 meinen/meine Arzt/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 Verletzungen des Anti-Doping-Regelwerkes benutzt werden. Mir ist bekannt, dass ich meinen behandelnden Arzt und die jeweilige Anti-Doping-Organisation 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 einer ATZ, die vor diesem Widerruf eingebracht wurden, bei Untersuchungen zu einem möglichen Verstoß gegen die Anti-Doping-Bestimmungen gemäss Code weiterhin verwendet werden dürfen. Der Weiterleitung der Entscheidung über meinen Antrag an alle Anti-Doping- oder andere 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. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich gegenüber der WADA oder des TAS Klage erheben kann, wenn meine persönlichen Informationen nicht entsprechend den Vorgaben aus dieser Einwilligung und des internationalen Standards für Datenschutzbestimmungen verwendet wurden.

certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 5 et 6 sont exactes. J'autorise la divulgation des renseignements médicaux personnels au personnel autorisé de l'organisation antidopage (OAD) et de l'agence mondiale antidopage (AMA), à ses CAUTs (Commission des autorisations d'usage à des fins thérapeutiques) et à d'autres CAUT d'OAD et au personnel autorisé 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.

J'autorise mon/mes médecin(s) à communiquer aux personnes ci-dessus tout renseignements 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 violations potentielles 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 AUT soumis 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.

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 ce 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 avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et du Standard international pour la protections des renseignements personnels.

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 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 sportif est mineur ou atteint d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur le signera avec le sportif ou en son nom.)