

**Antrag auf Medizinische Ausnahmegenehmigung
für die Anwendung von verbotenen Substanzen oder Methoden**

Therapeutic Use Exemptions Application Form

Streng Vertraulich / Strictly Confidential

Gemäß § 8 des Anti-Doping Bundesgesetzes werden Medizinische Ausnahmegenehmigungen nur für Testpoolsportler ausgestellt. Für das Verfahren zur Entscheidung über den Antrag ist vom Antragsteller, unter Angabe des vollständigen Namens, Geburtsdatums und der Sportart, ein Betrag von € 85.-- im Vorhinein an die NADA Austria, ERSTE Bank Österreich, IBAN: AT41 2011 1289 6926 6900, BIC: GIBAATWW, zu entrichten. Der Antrag kann erst nach Einlangen des Betrages bearbeitet werden.

According to § 8 of the Austrian Anti-Doping Federal Act only members of the testpool can apply for a therapeutic use exemption and the applicant must pay € 85.-- in advance to NADA Austria, ERSTE Bank Österreich, IBAN: AT41 2011 1289 6926 6900, BIC: GIBAATWW, by giving full name, date of birth und sport discipline. The application will only be processed after receipt of the payment.

Bitte alle Felder vollständig und leserlich ausfüllen / Please complete all sections in capital letters or typing

1. Persönliche Angaben / Athlete Information

Nachname: Vorname(n):
Surname Given name(s)

Weiblich / female Männlich / male Geburtsdatum / date of birth (tt / mm / jjjj)

Adresse:
Address

PLZ Stadt Land
Zipcode City Country

Tel. (dienstlich / work): Tel. (privat / home):

E-Mail: Mobil(e):

Sportart / Sport: Disziplin / Discipline:

Sportfachverband / National Sport Organization: Testpool:

Bei Mannschaftssport, bitte Verein angeben:
(If teamsport, please indicate the club)

Bei Behindertensportler, bitte Behinderung angeben:
(If athlete with disability, indicate disability)

Bitte übersenden Sie nur vollständige Anträge. 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.

2. Medizinische Information / Medical Information

Diagnose¹ (inkl. ausführlicher medizinischer Information als Anlage)

Diagnosis² (including sufficient medical information)

.....

.....

.....

.....

Falls eine erlaubte Alternative zur Verfügung steht, begründen Sie hier, warum aus medizinischer Sicht, die verbotene Substanz oder Methode angewandt werden muss:

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:

.....

.....

.....

.....

Diagnose¹: Als verschlossene Arztsache müssen folgende Dokumente dem Antrag im Original oder in Kopie beigefügt 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. Die NADA Austria kann weitere Gutachten hinzuziehen; die Kosten gehen zu Lasten des Antragstellers.

Diagnosis²: 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. Diagnosis and therapy should be coherent according to scientific criteria. NADA Austria may be request further expert evidence, the cost shall be borne by the applicant.

3. Angaben zu den relevanten Medikamenten / Medication Details

Name des Medikaments und verbotene Substanz <i>Prohibited Substances</i>	Dosierung <i>Dose of administration</i>	Verabreichung (z.B. oral, i.m., etc.) <i>Route of administration</i>	Häufigkeit der Verabreichung <i>Frequency</i>	Voraussichtliche Dauer der Behandlung <i>Intended duration of treatment</i>
1				
2				
3				
4				
5				

4. Retroaktiver Antrag / Retroactive application

<p>Ist das ein retroaktiver Antrag? <i>Is this a retroactive application?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nein / No</p> <p>Wenn ja, wann wurde die Behandlung begonnen? <i>If yes, on what date was treatment started?</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Bitte Grund anführen: / Please indicate reason:</p> <p>Notfallbehandlung oder Behandlung einer akuten Erkrankung war notwendig / <i>Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Aufgrund anderer außergewöhnlicher Umstände gab es nicht genügend Zeit oder die Möglichkeit, einen Antrag vor der Probennahme zu stellen / <i>Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Antrag im Voraus war aufgrund der gültigen Bestimmungen nicht erforderlich / <i>Advance application not required under applicable rules</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Andere / <i>Other</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Bitte erklären / <i>Please explain:</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

5. Frühere TUE Anträge / Previous applications

Frühere Anträge oder derzeit laufende Anträge auf medizinische Ausnahmegenehmigungen:
Previous (or current) TUE request(s): Ja / Yes Nein / No

Falls Ja: Für welche Substanzen / Methoden? / *If yes, for which substance(s) or method(s)?*

.....

An welche Organisation und wann? / *When and to whom (which organization)?*

.....

Entscheidung / Decision: Genehmigt / Approved Nicht genehmigt / Not approved

6. Erklärung des behandelnden Arztes / Medical practitioner's declaration

Hiermit bestätige ich, dass die Angaben in den Abschnitten 2 und 3 richtig sind und die zuvor beschriebene Behandlung notwendig ist. *I herewith certify that the information at section 2 and 3 is accurate and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.*

Name und medizinische Fachrichtung / *Name and medical speciality:*

.....

.....

Adresse:
Address

PLZ Stadt Land
Postcode City Country

Tel. (dienstlich / work): Tel. (privat / home):

E-Mail: Mobil(e):

Unterschrift des Arztes: **Datum:**
Signature of medical practitioner Date

