

# Erklärung zum Gebrauch

2010

## Declaration of Use

<b>Nicht-systemisch verabreichte Glukokortikoide*</b> Glucocorticosteroids by non-systemic routes*	<b>Glukokortikoide durch Inhalation</b> Glucocorticosteroids by inhalation	<b>Salbutamol / Salmeterol durch Inhalation</b> Salbutamol / Salmeterol by inhalation
---	---	--

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

### 1. Persönliche Angaben / Athlete Information

Nachname: .....	Vorname(n): .....	
Surname	Given Names	
Weiblich / Female	Männlich/Male	Geburtsdatum / Date of birth(tt/mm/jjjj): .....
Adresse: .....		
Address		
PLZ: .....	Stadt: .....	Land: .....
Postcode	City	Country
Tel. (dienstlich / work): .....		Tel. (privat / home): .....
Mobil(e): .....		E-mail: .....
Sportart / Sport: .....		Disziplin / Discipline: .....
Sportfachverband / National Sport Organization: .....		Testpool: .....
Wenn Behindertensportler, bitte Behinderung angeben: .....		
(If athlete with disability, indicate disability)		

### 2. Medizinische Information / Medical information

<b>Diagnose / Diagnosis:</b>
.....
.....

### 3. Angaben zu relevanten Medikamenten / Medication details

Name und Wirkstoff des Medikaments Prohibited substance(s): <i>Generic name</i>	Dosierung [z.B. 0,2 mg] Dose of administration	Verabreichung [z.B. i.a., p.t., etc.] Route of administration	Häufigkeit der Verabreichung Frequency of administration
1.			
2.			
3.			
<b>Voraussichtliche Behandlungsdauer</b> Intended duration of treatment:	Einmalig once only	Notfall emergency	
	oder dauerhaft (Woche / Monat): .....		
	duration		
<b>Voraussichtlich nächster Wettkampf:</b> Date of next competition:	Datum: .....		
	date		

\* Nicht-systemische Anwendungen sind z.B. intraartikuläre, periartikuläre, peritendinöse, epidurale und intradermale Injektionen. Die dermale, nasale, buccale ophthalmische, otologische oder gingivale Anwendung muss nicht angezeigt werden. / Non-systemic routes include intraarticular, periarticular, peritendinous, epidural and intradermal injections. Dermatological, nasal, buccal, ophthalmic, otological or gingival applications do not require a DoU or TUE.

**STRENG VERTRAULICH / STRICTLY CONFIDENTIAL**

1

#### 4. Erklärung des Arztes / Medical practitioner's declaration

Hiermit bestätige ich, dass die o.g. Wirkstoffe / Medikamente für die Behandlung des beschriebenen Krankheitsbildes des genannten Athleten notwendig ist/sind und dass der Einsatz von anderen Medikamenten keine ausreichende Wirkung hätte.

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: .....	
Qualifikation / medizinische Fachrichtung ..... <small>Medical specialty</small>	
Adresse: ..... <small>Address</small>	
Tel.: .....	
Fax: .....	
E-mail: .....	
Unterschrift und Stempel des Arztes: .....	Datum: .....
<small>Signature of Medical Practitioner</small>	<small>Date</small>

#### 5. Erklärung des Athleten / Athlete's declaration

Hiermit beantrage ich, ....., die medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung verbotener Substanzen oder Methoden der WADA Verbotliste und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der unter 1. gemachten Angaben. Ich gestatte weiterhin die Herausgabe meiner ärztlichen Unterlagen zur Vorlage bei autorisiertem Personal von NADA und WADA, dem WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee der WADA) sowie den TUECs und autorisiertem Personal anderer Anti Doping Organisationen gemäß der Bestimmungen des WADA Code. Mir ist bekannt, dass meine Daten ausschließlich zur Begutachtung meines Antrages auf Medizinische Ausnahmegenehmigung sowie im Rahmen von möglichen Überprüfungen und Verfahren im Zusammenhang mit Verletzungen des Anti-Doping-Regelwerkes erhoben, verarbeitet oder genutzt 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 Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten erhalten möchte; (2) mein Recht auf Auskunft und Korrektur meiner Daten ausüben möchte oder (3) diese Einwilligung gegenüber den o.g. Organisationen zur Verarbeitung oder 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 verwendet oder genutzt werden können, sofern dies vom WADA-Code vorgeschrieben ist. Ich stimme dem ausdrücklich zu.

Mir ist bekannt, dass ich eine Beschwerde bei der WADA oder dem CAS einreichen kann, wenn ich vermute, dass meine personenbezogenen Daten nicht entsprechend den Vorgaben aus dieser Einwilligung und dem International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

I, ..... certify that the information under 1. is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the WADA Prohibited List. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the provisions of the Code. I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever 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 organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti doping rule violation, where this is required by the code. I understand that if I believe that my personal information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information I can file a complaint to WADA or CAS.

Unterschrift des Athleten: .....	Datum: .....
<small>Athlete's signature</small>	<small>Date</small>
(Bei Minderjährigen oder in der Geschäftsfähigkeit Beschränkten)	
Unterschrift des Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Vertreters: .....	Datum: .....
<small>Parent's/Guardian'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)</small>	

**Bitte übersenden sie nur vollständige Formulare an die NADA oder Ihren Fachverband.** Unvollständige Formulare werden zurück gesandt und müssen erneut eingereicht werden. Sie sollten eine Kopie des Formulars für Ihre Unterlagen behalten.

**Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted.** Please submit the completed form to the Anti doping Organization and keep a copy for your records.

**Die Anwendung von Glukokortikoiden und Salbutamol / Salmeterol muss bei einer Dopingkontrolle zusätzlich zur Übersendung der Erklärung zum Gebrauch an die NADA zwingend angegeben werden!**

In addition, the athlete must declare the use of glucocorticosteroids and Salbutamol / Salmeterol on the doping control form!