

**Vereinfachter Antrag für eine Ausnahmegewilligung zu therapeutischen Zwecken
(ATZ)**

Demande abrégée 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**

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beta-2-Agonisten zur Inhalation bêta-2 agonistes par inhalation | <input type="checkbox"/> Nicht systemische Glucokortikoide * Glucocorticoïdes par voie non systémique * |
|---|--|

* Dies bedeutet eine andere Anwendung als oral, rektal, intravenös und intramuskulär.
Dermatologische Anwendungen brauchen keine ATZ.

* Signifie une administration autre qu'orale, rectale, intraveineuse et intramusculaire.
Aucune AUT n'est nécessaire pour les glucocorticoïdes à visée cutanée.

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 : | | |

2. Medizinische Auskünfte / Renseignements médicaux

| |
|---|
| Diagnose / Diagnostic : |
| |
| |
| Eine ATZ kann jederzeit durch die FDB und/oder die WADA überprüft werden / Une AUTA peut être révisée à tout moment par la CLD et/ou l'AMA. |

| Verbotene Substanz(en): Substance(s) interdite(s) : | 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 : |
| | Unterschrift Arzt / Signature du médecin : | | |

Vertraulich / Confidential

3. 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 / Je,,

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.

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).

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