

**Antragsnummer/#:**

[wird von ÖADC/AADC ausgefüllt/  
to be filled in by ÖADC/AADC]



ÖSTERR. ANTI-DOPING-COMITÉ  
1040 WIEN  
PRINZ-EUGEN-STRASSE 12  
TEL. +43/1/505 80 35  
FAX +43/1/505 63 91  
office@oeadc.or.at

## Medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung von Beta-2-Agonisten durch Inhalation und nicht-systemisch verabreichten Glucocorticosteroiden

*Therapeutic Use Exemption  
(beta-2-agonists by inhalation, glucocorticosteroids by non-systemic routes)*

### Vereinfachtes Verfahren / *abbreviated process*

*Ich beantrage die ausnahmsweise Genehmigung des ÖADC oder der international für mich zuständigen Anti-Doping Organisation/Fachverband für die therapeutische Anwendung von Beta-2-Agonisten durch Inhalation und nicht-systemisch verabreichten Glucocorticosteroiden aus der „Liste der verbotenen Substanzen und Methoden“ der WADA gemäß den Bestimmungen über das vereinfachte Verfahren.*

*I apply for approval from the ADO for the therapeutic use of a prohibited substance on the WADA List of Prohibited Substances and Prohibited Methods that is subject to the Abbreviated Therapeutic Use Exemption Application Process.)*

**Bitte alle Felder vollständig ausfüllen! *Please complete all sections!***

#### 1. Persönliche Angaben / *Athlete Information*

Nachname: .....		Vorname(n): .....	
<i>Surname</i>		<i>Given name(s)</i>	
<input type="checkbox"/> Weiblich / <i>Female</i>		<input type="checkbox"/> Männlich / <i>Male</i> (Bitte ankreuzen / <i>tick appropriate box</i> )	
Adresse: .....			
<i>Address</i>			
Stadt .....	Land .....	PLZ .....	
<i>City</i>	<i>Country</i>	<i>Postcode</i>	
Geburtsdatum / <i>Date of birth</i> (tt/mm/jjjj): .....			
Tel. (dienstlich / <i>work</i> ): .....		Tel. (privat / <i>home</i> ): .....	
E-Mail: .....		Fax: .....	
Mobil(e): .....			
Sportart / <i>Sport</i> : .....		Disziplin / <i>Discipline</i> : .....	
Sportfachverband / <i>National Sporting Organisation</i> : .....			
Bei Behindertensportler, bitte Behinderung angeben: .....			
<i>(If athlete with disability, indicate disability)</i>			

#### 2. Behandelnder Arzt / *Notifying medical practitioner*

Name, Qualifikation und medizinische Fachrichtung / <i>Name, qualifications and medical speciality</i> :	
.....	
.....	
Adresse / <i>Address</i> : .....	
.....	
E-mail: .....	
Tel. (dienstlich / <i>work</i> ): .....	
Tel. (privat / <i>home</i> ): .....	
Mobil(e): .....	
Fax: .....	

**Antragsnummer/#:**[wird von ÖADC/AADC ausgefüllt/  
to be filled in by ÖADC/AADC]**ÖSTERR. ANTI-DOPING-COMITÉ**  
1040 WIEN  
PRINZ-EUGEN-STRASSE 12  
TEL. +43/1/505 80 35  
FAX +43/1/505 63 91  
office@oeadc.or.at**3. Medizinische Informationen / Medical Information**

Diagnose: .....  
(*Diagnosis*)

.....

Durchgeführte Untersuchungen/Tests: .....  
(*Medical examination(s)/test(s) performed*)

.....

.....

**Angaben zu den relevanten Medikamenten / Medication Details**

Name des Medikaments / Verbotene Substanz <i>Prohibited Substances</i>	Dosierung <i>Dose of administration</i>	Verabreichung <i>Route of administration</i>	Häufigkeit der Verabreichung <i>Frequency of administration</i>
1.			
2.			
3.			
Voraussichtliche Dauer der Behandlung <i>Anticipated duration of this medication plan</i>			

**Weitere Informationen / Additional information:**

.....

.....

.....

Wann ist voraussichtlich Ihr nächster Wettkampf? .....  
*Date of next competition?*

**Antragsnummer/#:**

[wird von ÖADC/AADC ausgefüllt/  
to be filled in by ÖADC/AADC]



**ÖSTERR. ANTI-DOPING-COMITÉ**  
1040 WIEN  
PRINZ-EUGEN-STRASSE 12  
TEL. +43/1/505 80 35  
FAX +43/1/505 63 91  
office@oeadc.or.at

#### 4. Erklärung des Arztes und des Athleten / *Medical practitioner's and athlete's declaration*

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_, dass die o.g. Wirkstoffe/Medikamente für die Behandlung des oben beschriebenen Krankheitsbildes des genannten Athleten notwendig sind. Weiter bestätige ich, dass der Einsatz anderer Medikamente als den in der Verbotsliste aufgeführten bei der Behandlung der vorliegenden Erkrankung aus den folgenden Gründen nicht zu einem Erfolg führt:

.....

.....

.....

*I certify the above-mentioned substance/s for the above named athlete has been/are to be administered as the correct treatment for the above named medical condition. I further certify that the use of alternative medications not on the Prohibited List would be unsatisfactory for the treatment of the above named medical condition. Specify reasons!*

Unterschrift des Arztes: .....  
*Signature of medical practitioner*

Datum: .....  
*Date*

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_, die medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung verbotener Medikamente/Wirkstoffe und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der unter 1. gemachten Angaben. Ich gestatte hiermit die Herausgabe meiner ärztlichen Unterlagen zur Vorlage beim ÖADC, WADA und anderen Anti-Doping Organisationen sowie die Weitergabe der Entscheidung an die genannten Organisationen gemäß der Bestimmungen des WADA Code. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann.

*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 as well as to WADA staff and to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) as well as to other Anti-Doping Organizations under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of the Anti-Doping Organization TUEC or WADA TUEC to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner in writing of that fact*

Unterschrift des Athleten: .....  
*Signature of Athlete*

Datum: .....  
*Date*

(Bei Minderjährigen oder in der Geschäftsfähigkeit Beschränkten)  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters:

Datum/Date: .....

*Parents/Guardians 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*

**Bitte übersenden Sie nur vollständige Anträge an Ihren Fachverband.** 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 your National Federation and keep a copy of the completed form for your records.