

**Formular Antrag ATZ**

**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 Teile des Formulars in Blockschrift aus  
 Veuillez compléter toutes les sections en majuscules ou en caractères d'imprimerie

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

Name: ..... Vorname(n): .....  
 Nom: ..... Prénom(s): .....

Geburtsdatum (TT/MM/JJ) / Date de naissance (jj/mm/aa): ..... Frau / Femme  Mann / Homme

Adresse: .....

Ort: ..... Land: ..... Postleitzahl: .....  
 Ville: ..... Pays: ..... Code postal: .....

Fon: ..... e-mail: .....  
 (mit internat. Code / avec code international)

Sport: ..... Disziplin / Position: .....  
 Discipline / Position : .....

Internationaler oder nationaler Sportverband:  
 Organisation sportive internationale ou nationale: .....

Bitte den entsprechenden Fall ankreuzen / Veuillez cocher la case appropriée:

Registrierte Kontrollpool (RTP) / Je fais partie d'un groupe cible international de sportifs soumis à contrôle (RTP)

Nationaler Kontrollpool (NTP) / Je fais partie d'un groupe cible national de sportifs soumis à contrôle (NTP)

Ich nehme an einer internationalen Veranstaltung teil, die eine ATZ gemäss den Regeln des internationalen Verbandes erfordern<sup>1</sup> / Je participe à une manifestation d'une fédération internationale pour laquelle une AUT est requise conformément aux règles de la fédération internationale correspondante<sup>1</sup>  
 Name der Veranstaltung / Désignation de la compétition: .....

Keine der oben genannten Fälle / Aucune des options mentionnées ci-dessus

Falls der Sportler / die Sportlerin behindert ist, bitte beschreiben:  
 Si le sportif / la sportive souffre d'un handicap, préciser le handicap: .....

.....

<sup>1</sup> Bitte wenden sie sich an Ihren internationalen Verband, um die Liste der entsprechenden Veranstaltungen zu erhalten /  
 Veuillez vous référer à votre fédération internationale pour la liste des manifestations désignées

**2. Medizinische Auskünfte / Informations médicales**

Begründete Diagnose mit den notwendigen medizinischen Informationen (s. Bemerkung):  
 Diagnostic et renseignements médicaux requis pour l'étayer (cf. remarque ci-dessous):

.....

.....

.....

.....

**Formular Antrag ATZ**

Falls ein erlaubtes Medikament zur Behandlung der Erkrankung verwendet werden kann, geben Sie bitte eine medizinische Begründung, welche die Anwendung einer verbotenen Substanz rechtfertigt:

*S'il existe un médicament autorisé pouvant être utilisé pour traiter la condition pathologique, veuillez fournir la justification clinique pour le recours à un médicament interdit:*

.....  
 .....  
 .....

**3. Angewendete(s) Medikament(e) / Médicaments faisant l'objet de la demande**

Verbotene Substanz(en) [DCI Name]: <i>Substance(s) interdite(s)</i> [Nom(s) générique(s) (DCI)]:	Dosierung: <i>Posologie:</i>	Art der Verabreichung: <i>Mode d'administration:</i>	Häufigkeit der Verabreichung: <i>Fréquence d'administration:</i>
1.			
2.			
3.			
Vorgesehene Behandlungsdauer: <i>Durée probable du traitement:</i>	Eine Einzeldosis <i>Une dose unique</i> <input type="checkbox"/>	Notfall <i>Urgence</i> <input type="checkbox"/>	oder Dauer: <i>ou durée:</i> .....

Haben Sie schon einen Antrag auf eine ATZ gestellt? / *Avez-vous déjà demandé une AUT?*

Ja/ *Oui*  Nein / *Non* Wenn Ja, wann? / *Si oui, quand?* .....

Für welche Substanz? / *Pour quelle substance?*

.....

An wen? / *A qui?* ..... Wann? / *Quand?* .....

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

**4. Erklärung des behandelnden Arztes / Attestation du médecin traitant**

Ich bestätige, dass die obengenannte Behandlung medizinisch angebracht ist, und dass der Einsatz anderer Medikamente, die nicht auf der Dopingliste stehen, zur Behandlung der vorliegenden Erkrankung ungeeignet ist.

*Je, soussigné, certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié et que le recours à un médicament alternatif ne figurant pas sur la Liste des interdictions ne serait pas satisfaisant pour cette condition.*

Name / *Nom:* .....

Medizinisches Fachgebiet / *Spécialité médicale:* .....

Adresse : .....

Fon : ..... Fax : .....

e-mail : ..... Datum / *Date:* .....

Unterschrift des behandelnden Arztes / *Signature du médecin traitant:* .....

**Formular Antrag ATZ****Erklärung des Sporttreibenden / Déclaration de l'athlète**

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 Welt-Anti-Doping-Agentur (WADA) steht ([www.wada-ama.org](http://www.wada-ama.org)). Ich ermächtige die Bekanntgabe meiner medizinischen Daten an das autorisierte Personal der Anti-Doping-Organisation (ADO) und der WADA, an sein Komitee für Ausnahmegewilligungen zu therapeutischen Zwecken (ATZK), an andere ATZK von ADOs sowie Personen, die gemäss dem Code (s. [www.wada-ama.org](http://www.wada-ama.org)) das Recht haben, diese Informationen zu kennen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Informationen lediglich dazu gebraucht werden, meinen ATZ-Antrag zu beurteilen sowie im Falle einer Untersuchung zu einem möglichen Verstoß gegen die Anti-Doping-Bestimmungen. Ich nehme zur Kenntnis, dass wenn ich (1) mehr wissen möchte über die Verwendung dieser Informationen; (2) meine Rechte wahrnehmen will, diese Informationen einzusehen und zu ändern; (3) den genannten Organisationen das Recht widerrufen möchte, Informationen zu meinem Gesundheitszustand zu erhalten, muss ich diese Tatsache gegenüber meinem behandelnden Arzt und meiner ADO schriftlich bekannt geben. Ich nehme weiterhin zur Kenntnis und stimme zu, dass es notwendig sein kann, Informationen im Zusammenhang mit einer ATZ bei Untersuchungen zu einem möglichen Verstoß gegen die Anti-Doping-Bestimmungen gemäss Code zu verwenden, wenn sie vor meinem Widerruf erfolgt sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich gegenüber der WADA oder des TAS Klage erheben kann, wenn meine persönlichen Informationen nicht entsprechend den Datenschutzbestimmungen verwendet wurden.

*certifie que les renseignements du point 1 sont exacts et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou une méthode figurant dans la Liste des interdictions de l'AMA (voir [www.wada-ama.org](http://www.wada-ama.org)). J'autorise la transmission de mes informations médicales au personnel autorisé de l'organisation antidopage (OAD), de l'AMA et de la CAUT (Commission des autorisations d'usage à des fins thérapeutiques) et à d'autres OAD et CAUT ou personnes autorisées à prendre connaissance de ces informations en vertu des dispositions du Code antidopage.*

*Je comprends que mes informations ne seront utilisées que pour examiner ma demande d'AUT ou dans le cadre d'enquêtes et de procédures relatives à de possibles violations des règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage de renseignements sur l'usage de mes informations, (2) exercer mon droit d'accès et de correction ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin et mon OAD. Je comprends et j'approuve que les informations relatives aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement soient conservées à la seule fin d'établir une possible violation de règle antidopage, conformément aux dispositions du Code. Je comprends que si je crois que mes informations personnelles ne sont pas utilisées dans le respect de ce consentement et du Standard international pour le respect de la vie privée et des renseignements personnels, je peux porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS.*

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).*

**5. Bemerkung / Remarque****Diagnose**

Belege, die die Diagnose bestätigen müssen diesem Antrag beigelegt werden. Die medizinischen Unterlagen sollten die vollständige Krankengeschichte, relevante Untersuchungsbefunde (inkl. Bildgebung) und Laborresultate enthalten. Berichtskopien oder Originalbriefe sollten wenn möglich beigelegt werden. Der Nachweis muss im Rahmen der klinischen Bedingungen so objektiv wie möglich sein. Im Falle von schwer objektifizierbaren Zuständen muss dem Antrag eine unabhängige medizinische Zweitmeinung beigelegt werden.

**Diagnostic**

*Les éléments confirmant le diagnostic doivent être joints à cette demande. Les preuves médicales devront comprendre un historique médical complet et les résultats de tous les examens apparentés, analyses de laboratoire et documents d'imagerie. Des copies de tous les rapports originaux et lettres seront jointes dans toute la mesure du possible. Les preuves concernant les circonstances cliniques devront être aussi objectives que possible. Et dans le cas de conditions ne pouvant être démontrées, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande.*

**Unvollständige Anträge werden zurückgewiesen und müssen erneut eingereicht werden.**

Bitte reichen Sie den Antrag an Antidoping Schweiz ein, Postfach 606, 3000 Bern 22 (Fax: 031 359 74 49) und behalten Sie eine Kopie zu Ihren Akten.

**Les demandes incomplètes seront retournées et devront être soumises une nouvelle fois.**

*Veillez transmettre ce formulaire complété à Antidoping Suisse, case postale 606, 3000 Berne 22 (Fax: 031 359 74 49), sans oublier d'en conserver une copie.*