

# Antrag auf Medizinische Ausnahmegenehmigung

Für die Anwendung verbotener Substanzen . 2019  
Therapeutic Use Exemptions (TUE) Application Form

Streng vertraulich / Strictly confidential

Bitte alle Felder vollständig & leserlich ausfüllen (Athleten: Felder 1, 5, 6, 7. Ärzte: Felder 2, 3, 4). Unleserliche oder unvollständige Anträge werden zurückgegeben und müssen lesbar und vollständig ausgefüllt neu eingereicht werden.

Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 5, 6 and 7; physician to complete sections 2, 3 and 4. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

## 1. Persönliche Angaben / Athlete Information

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Nachname:.....<br>Surname   |   | Vorname(n):.....<br>Given Names            |  |
| Weiblich <input type="checkbox"/><br>Female   | Männlich <input type="checkbox"/><br>Male | Divers <input type="checkbox"/><br>Diverse | Geburtsdatum (tt/mm/jjjj):.....<br>Date of birth |
| Adresse:.....<br>Address  |   |  |  |
| PLZ:.....<br>Postcode   | Stadt:.....<br>City                       | Land:.....<br>Country                      |  |
| Tel. (dienstlich):.....<br>(work)   |   | Tel. (privat):.....<br>(home)              |  |
| Mobil(e):.....  |   | E-Mail:.....                               |  |
| Sportart:.....<br>Sport   |   | Disziplin:.....<br>Discipline/Position     |  |
| Sportfachverband:.....<br>(Inter-)National Sport Organization   |   | Testpool:.....<br>Testing Pool             |  |
| Wenn Parasporthler, bitte Handicap angeben:.....<br>If athlete with an impairment, please indicate impairment |   |  |  |

## 2. Medizinische Information / Medical Information (continue on separate sheet if necessary)

|   |
|---|
| <p><b>Diagnose (inklusive ausführlicher medizinischer Information als Anlage) (siehe Fußnote 1):</b><br/>Diagnosis with sufficient medical information (see note 1):</p> <p>.....</p> <p><b>Sofern eine erlaubte Alternative zur Verfügung steht, geben Sie bitte Gründe an, warum aus medizinischer Sicht die verbotene Substanz angewandt werden muss:</b><br/>If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:</p> <p>.....</p> |
|---|

**1Diagnose:** 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, Befunden (z.B. Laborergebnisse), Krankheitsverlauf, aktueller Medikation, möglicher 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 kann weitere Gutachten hinzuziehen; die Kosten gehen zu Lasten des Antragstellers.

Von der WADA herausgegebene Guidelines zur Unterstützung der TUE-Beantragung verbotener Substanzen bei verschiedenen Krankheitsbildern sind auf der Website der WADA unter <https://www.wada.ama.org> und Suche nach „*Medical Information*“ zu finden.

**Diagnosis:** Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical evidence must 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. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application.

WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical Information" on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.

### 3. Angaben zu den relevanten Medikamenten / Medication Details

| <b>Name und Wirkstoff des Medikaments</b><br>Prohibited Substance(s): Generic name | <b>Dosierung</b><br>[z.B. 0,2 mg]<br>Dose of administration | <b>Verabreichungsart</b> [z.B. oral, i.m. etc.]<br>Route of administration | <b>Häufigkeit der Verabreichung</b><br>Frequency of administration | <b>Behandlungsdauer</b><br>Duration of treatment |
|--|---|--|--|--|
| 1.   |   |  |  |  |
| 2.   |   |  |  |  |
| 3.   |   |  |  |  |

### 4. Erklärung des Arztes / Medical Practitioner's Declaration

Hiermit bestätige ich, dass die Angaben unter Punkt 2 und 3 wahrheitsgemäß sind und dass die o.g. Wirkstoffe / Medikamente für die Behandlung des beschriebenen Krankheitsbildes des genannten Athleten notwendig ist / sind.

I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above mentioned treatment is medically appropriate.

|  |                     |
|--|---------------------|
| Name:.....<br>Name   |                     |
| Qualifikation / medizinische Fachrichtung:.....<br>Medical speciality          |                     |
| Adresse:.....<br>Address   |                     |
| Tel.:..... Fax:.....   |                     |
| E-Mail:.....   |                     |
| Unterschrift und Stempel des Arztes:.....<br>Signature of Medical Practitioner | Datum:.....<br>Date |

**5. Retroaktiver Antrag / Retroactive Applications**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Handelt es sich hierbei um einen retroaktiven Antrag?</b><br/>Is this a retroactive application?</p> <p>Ja: <input type="checkbox"/>      Nein: <input type="checkbox"/><br/>Yes                      No</p> <p>Wenn ja, wann wurde die Behandlung begonnen?<br/>If yes, on what date was treatment started?</p> <p>.....</p> | <p><b>Bitte auswählen:</b><br/>Please choose one</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Notfall oder Behandlung einer akuten Erkrankung <input type="checkbox"/><br/>Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</li> <br/> <li>▪ Bedingt durch andere außergewöhnliche Umstände nicht genügend Zeit oder keine Gelegenheit für die Antragstellung vor der Probenahme <input type="checkbox"/><br/>Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</li> <br/> <li>▪ Aufgrund anwendbarer Bestimmungen keine Genehmigung im Voraus notwendig <input type="checkbox"/><br/>Advance application not required under applicable rules</li> <br/> <li>▪ Fairness (Zustimmung der WADA und NADA erforderlich) <input type="checkbox"/><br/>Fairness (WADA and [IF/NADO] approval required)</li> </ul> <p>Bitte erläutern:.....<br/>Please explain</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|---|--|

|  |                              |
|--|------------------------------|
| <p><b>Voraussichtlich nächster Wettkampf:</b><br/>Date of next competition</p> | <p>Datum: .....<br/>Date</p> |
|--|------------------------------|

**6. Frühere Anträge / Previous Applications**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Frühere / weitere laufende Anträge auf Medizinische Ausnahmegenehmigung bei Anti-Doping-Organisationen:</b></p> |  |
| <p>Have you submitted any previous TUE application(s) to any ADO?</p>   | <p>Ja <input type="checkbox"/>      Nein <input type="checkbox"/><br/>Yes                      No</p>                                  |
| <p>Für welche Substanz(en) oder Methode(n)?<br/>For which substance(s) or method(s)?</p> <p>.....</p>                 |  |
| <p>Falls ja, an welche Organisation?<br/>If yes, to whom?</p> <p>.....</p>  |  |
| <p>..... Wann?.....<br/>When?</p>   |  |
| <p>Entscheidung:<br/>Decision</p>   | <p>Genehmigt <input type="checkbox"/>      Nicht genehmigt <input type="checkbox"/><br/>Approved                      Not approved</p> |

## 7. Erklärung des Athleten / Athlete's Declaration

Hiermit bestätige ich, ....., die Richtigkeit und Vollständigkeit der unter den Punkten 1, 5 und 6 gemachten Angaben. Die nachfolgenden Informationen habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

### I. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich stimme zu, dass mein behandelndes ärztliches Fachpersonal den im Folgenden genannten Organisationen und deren autorisiertem Personal gesundheitsbezogene Daten zukommen lassen darf, die sie zur Prüfung und Beurteilung meines Antrages auf Medizinische Ausnahmegenehmigung (kurz TUE-Antrag) für zwingend notwendig erachten.

### II. Einwilligung in die Datenverarbeitung

#### A. Verantwortliche Stelle:

Verantwortlich ist die NADA, und das Antragsverfahren ist in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht durchzuführen.

Konkret erfolgt die Verarbeitung personenbezogener Daten im Zuge der Bearbeitung einer Medizinischen Ausnahmegenehmigung (engl. *Therapeutic Use Exemption*, kurz TUE) gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und geltendem nationalen (Datenschutz-)Recht (z. B. dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), dem Gesetz gegen Doping im Sport (AntiDopG)) sowie gemäß den Bestimmungen des Welt Anti-Doping Codes („Code“) bzw. des Nationalen Anti-Doping Code (NADC), des *International Standard for Therapeutic Use Exemptions* (ISTUE) bzw. Standards für Medizinische Ausnahmegenehmigungen (SfMA) und/oder des *International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information* (ISPPi) bzw. Standards für Datenschutz (SfDS).

#### B. Zwecke der Verarbeitung:

Mir ist bekannt, dass die zuvor gemachten Angaben ausschließlich zur Begutachtung meines TUE-Antrages sowie im Zusammenhang mit Ermittlungen und Verfahren wegen eines möglichen Verstoßes gegen Anti-Doping-Bestimmungen genutzt werden. Ich stimme ausdrücklich zu, dass diese Daten zum Nachweis, zur Durchführung und zur Verteidigung in einem Rechtsverfahren, an dem ich, die WADA oder eine Anti-Doping-Organisation beteiligt sind, genutzt werden können.

#### C. Empfänger, Weiterleitung und Speicherung:

Hiermit gestatte ich die Herausgabe aller den Antrag betreffenden medizinischen Informationen und gesundheitsbezogenen Daten zur Vorlage bei autorisiertem Personal der NADA, der WADA und anderer Anti-Doping-Organisationen, insbesondere deren TUE-Komitees sowie medizinischen oder wissenschaftlichen Experten, sofern erforderlich. Diese Personen unterliegen einer beruflichen oder vertraglichen Verpflichtung zur Vertraulichkeit.

Soweit dies erforderlich ist, stimme ich der Weiterleitung der Entscheidung über meinen Antrag auf Medizinische Ausnahmegenehmigung an alle Anti-Doping-Organisationen oder andere Organisationen zu, unter deren Zuständigkeit ich falle, sei es bei der Probenahme oder im Ergebnismanagement.

Mir ist bekannt, dass die Empfänger möglicherweise außerhalb meines Wohnsitzstaates angesiedelt sind. Die Datenschutzbestimmungen oder Persönlichkeitsrechte können dort von denen in meinem Wohnsitzstaat abweichen – sofern dies durch eine Öffnungsklausel der vorrangig anwendbaren Datenschutz-Grundverordnung gedeckt ist (vgl. Art. 3 DS-GVO).

Mir ist bewusst, dass meine Daten in ADAMS\* (*Anti-Doping Administration and Management System*), welches von der WADA zur Verfügung gestellt wird und dessen Server in Kanada betrieben werden, entsprechend den zeitlichen Vorgaben des ISPPi bzw. des SfDS bis zu 10 Jahre ab dem Bewilligungsdatum gespeichert werden können. Medizinische Informationen, die (i) nicht auf der Bewilligung, oder (ii) in den zusätzlichen Informationen enthalten sind, verlieren mit Ablauf der Medizinischen Ausnahmegenehmigung an Relevanz – außer im Falle eines Verlängerungs-Antrages – und werden folglich nur bis zu 18 Monate ab Ablauf der Gültigkeit gespeichert.

*\* Die Stiftung Nationale Anti Doping Agentur Deutschland (NADA) stellt in Verbindung mit der Vergabe von TUEs nur die zur Erfüllung Ihrer Verpflichtungen gemäß WADC und dem Internationalen Standard für Medizinische Ausnahmegenehmigungen (ISTUE) zwingend erforderlichen Daten in ADAMS ein. Ein Hochladen sensibler medizinischer Daten wie beispielsweise ärztlicher Befunde, der Diagnostik etc. findet nicht statt. Diese werden auf Nachfrage ausschließlich per verschlüsselter E-Mail an die WADA oder andere Anti-Doping-Organisationen (insb. Internationale Sportfachverbände) weitergeleitet, sofern sie ein berechtigtes Interesse nachweisen wie beispielsweise zur Anerkennung einer TUE.*

#### D. Betroffenenrechte:

Es besteht ein Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung. Ferner besteht ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit sowie ein Beschwerderecht. Entsprechende Anfragen sind schriftlich bei der NADA ([datenschutz@nada.de](mailto:datenschutz@nada.de)), der WADA ([privacy@wada-ama.org](mailto:privacy@wada-ama.org)) oder gemäß Art. 77 DS-GVO an die Daten-

schutzaufsichtsbehörde meines Landes zu richten, wenn ich der Ansicht bin, dass meine Daten nicht entsprechend den Vorgaben aus dieser Einwilligung, dem ISTUE, dem ISPPi und dem SfDS verwendet werden.

**E. Widerruf:**

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung freiwillig erfolgt und jederzeit von mir bzw. meiner gesetzlichen Vertretung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Der Widerruf ist schriftlich an die NADA und das behandelnde ärztliche Fachpersonal zu richten.

Mir ist weiterhin bekannt, und ich stimme zu, dass bei einem Widerruf meiner Einwilligung die TUE-relevanten Daten, die vor diesem Widerruf eingereicht wurden, im Rahmen einer Überprüfung von möglichen Verstößen gegen Anti-Doping-Bestimmungen aufbewahrt werden können, sofern dies vom *Code*, den Nationalen oder *International Standards* oder dem AntiDopG vorgeschrieben ist.

**F. Sonstiges:**

Mir ist bekannt, dass ich meine behandelnde Ärztin bzw. meinen behandelnden Arzt und die jeweilige Anti-Doping-Organisation schriftlich informieren muss, sofern ich weitere Informationen über die Verwendung meiner gesundheitsbezogenen Daten erhalten möchte.

Mir ist bekannt, dass die oben genannten Organisationen und deren Mitarbeiter dem AntiDopG oder anderen anwendbaren Rechtsvorschriften unterliegen können, die meiner Einwilligung übergeordnet sind, und aufgrund derer Gerichten, Strafverfolgungsbehörden oder anderen öffentlichen Behörden Daten zugänglich gemacht werden können. Für weiterführende Informationen über nationale Anti-Doping-Gesetze kann ich mich an meinen Internationalen Verband oder die NADA wenden.

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Diese wurden vollständig und umfassend beantwortet.

I, ....., certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the relevant 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 World Anti-Doping Code ("*Code*") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions. These people are subject to a professional or contractual confidentiality obligation.

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise any rights I may have, such as my right of access, rectification, restriction, opposition, or deletion; 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 purpose of investigations or proceedings related to a possible anti-doping rule violation, where this is required by the *Code*, *International Standards*, or national anti-doping laws; or to establish, exercise or defend a legal claim involving me, WADA, and/or an ADO.

I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence. I understand that my information may be stored in ADAMS, which is hosted by WADA on servers based in Canada, and will be retained for the duration as indicated in the WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI).

I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the ISPPPI, I can file a complaint to WADA (privacy@wada-ama.org), or my national regulator responsible for data protection in my country.

I understand that the entities mentioned above may rely on and be subject to national anti-doping laws that override my consent or other applicable laws that may require information to be disclosed to local courts, law enforcement, or other public authorities. I can obtain more information on national anti-doping laws from my International Federation or National Anti-Doping Agency.

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| <b>Unterschrift des Athleten:</b> .....<br>Athlete's signature   | <b>Datum:</b> .....<br>Date |
| (Bei Minderjährigen oder in der Geschäftsfähigkeit Beschränkten)<br><b>Unterschrift des Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Vertreters:</b><br>Parent's / Guardian's signature (if the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him / her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete) |                             |
| .....  | <b>Datum:</b> .....<br>Date |

Bitte übersenden Sie nur vollständige Anträge auf dem Postweg an die **NADA, Ressort Medizin (Vertraulich), Heussallee 38 in 53113 Bonn** oder per Fax an **+49 (0) 228 / 812 92 239**. Unvollständige Anträge werden zurückgesandt und müssen erneut eingereicht werden. Please submit the completed form by mail to NADA, Ressort Medizin (confidential), Heussallee 38, 53113 Bonn, or by fax to +49 (0) 228 / 812 92 239 (keeping a copy for your records).

Bitte fertigen Sie für Ihre Unterlagen eine Kopie der vollständigen Antragsunterlagen an und bewahren Sie diese auf.

Für Rückfragen hierzu stehen wir Ihnen gerne unter der Telefonnummer +49 (0) 228 / 812 92 - 132 oder per E-Mail\* unter [medizin@nada.de](mailto:medizin@nada.de) zur Verfügung.

*\*In Ihrem eigenen Interesse beachten Sie bitte, dass herkömmliche E-Mails nicht gegen den Zugriff Dritter geschützt sind und deshalb die Vertraulichkeit gegenüber Unbefugten unter Umständen nicht gewahrt ist.*