

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINER MEDIZINISCHEN AUSNAHMEGENEHMIGUNG (MAG)

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN (IN BLOCKSCHRIFT)
DIESES MAG-ANTRAGSFOMULAR UND DAS VOLLSTÄNDIGE MEDIZINISCHE DOSSIER (INKL. ALLER BERICHTE UND UNTERLAGEN) MÜSSEN IN EINER DER VIER OFFIZIELLEN FIFA-SPRACHEN VORLIEGEN.

1. SPIELERANGABEN

NACHNAME: _____	VORNAMEN: _____
FRAU <input type="checkbox"/> MANN <input type="checkbox"/>	GEBURTSDATUM (TAG/MONAT/JAHR) _____
ADRESSE: _____	
STADT: _____	LAND: _____
TEL.: _____	E-MAIL: _____
NATIONALITÄT: _____	
NAME DES KLUBS ODER DES FUSSBALLVERBANDS: _____	

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- ICH GEHÖRE DEM INTERNATIONALEN REGISTRIERTEN TESTPOOL DER FIFA (IRTP) AN.
- ICH GEHÖRE DEM VORWETTBEWERBS-TESTPOOL DER FIFA (VWTP) AN.
- ICH NEHME AN EINEM FIFA-WETTBEWERB¹ TEIL: _____
(NAME DES FIFA-WETTBEWERBS)
- ICH GEHÖRE DEM TESTPOOL EINER NATIONALEN ANTI-DOPING-ORGANISATION (NADO) AN: _____
(NAME DER NADO)
- ANTRAG AUF ANERKENNUNG EINER VON EINER NADO AUSGESTELLTEN MAG
- KEINEN DER OBIGEN PUNKTE

Die Liste der betreffenden Wettbewerbe ist den MAG-Bestimmungen der FIFA auf www.fifa.com/medical, <http://extranet.fifa.com/medical> und <http://www.fifa.com/antidoping> zu entnehmen.

Antwort senden an:

per E-Mail Adresse: _____

per Post Adresse: _____

2. MEDIZINISCHE INFORMATIONEN (FALLS NÖTIG SEPARATES BLATT BEILEGEN)

GENAUE MEDIZINISCHE DIAGNOSE (SIEHE HINWEIS 1):

**Falls der medizinische Zustand mit einem erlaubten Medikament behandelt werden kann, ist das Gesuch u
Verabreichung des verbotenen Medikaments klinisch zu begründen.**

HINWEIS 1 – DIAGNOSE

Unterlagen als Beleg der Diagnose sind diesem Gesuch beizulegen. Als medizinische Beweisdokumente sind eine umfassende Stellungnahme zum Krankheitsverlauf sowie die Resultate der massgebenden Untersuchungen, Laborbefunde und Bilder gemäss FIFA-MAG-Bestimmungen beizufügen.

Kopien der Originalberichte oder Briefe sind nach Möglichkeit beizulegen. Die Beweisdokumente sollten unter den klinischen Umständen so objektiv wie möglich sein. Sind die Befunde nicht ausreichend beweiskräftig, soll ein unabhängiger medizinischer Gutachter beigezogen werden.

Die WADA hat eine Reihe von Richtlinien erlassen, die Ärzten dabei helfen sollen, vollständige und exakte MAG-Anträge einzureichen. Diese Richtlinien sind unter dem Suchbegriff „Medical Information“ auf der WADA-Website (<https://www.wada-ama.org>) zu finden. Darin geregelt sind die Diagnose und die Behandlung einer Reihe von medizinischen Problemen, die bei Athleten häufig auftreten und mit verbotenen Wirkstoffen behandelt werden müssen.

3. MEDIZINISCHE ANGABEN (FALLS NÖTIG SEPARATES BLATT BEILEGEN)

VERBOTENE WIRKSTOFFE – GENERISCHER NAME	DOSIERUNG	ART DER VERABREICHUNG	HÄUFIGKEIT DER VERABREICHUNG
1.			
2.			
3.			

Voraussichtliche Dauer der Behandlung: <i>(Bitte Zutreffendes ankreuzen)</i>	einmalig <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Datum des Notfalls _____ oder Dauer (Wochen/Monate) _____

Bei einer notfallmässigen Behandlung, der Behandlung eines akuten medizinischen Zustandes oder bei aussergewöhnlichen Umständen sind alle Informationen zum Notfall oder die Gründe anzugeben, warum für die Eingabe eines MAG-Gesuchs nicht genügend Zeit war.

4. ERKLÄRUNG DES ARZTES

Hiermit bestätige ich, dass die genannte Behandlung medizinisch angezeigt ist und die Anwendung anderer Medikamente, die nicht auf der Verbotsliste stehen, für die vorliegende Erkrankung unangemessen ist.

NAME: _____

FACHBEREICH: _____

ADRESSE: _____

TEL.: _____ E-MAIL: _____

MOBILTEL.: _____ FAX: _____

UNTERSCHRIFT DES ARZTES: _____ DATUM: _____

5. RÜCKWIRKENDE ANTRÄGE**GILT DIESER ANTRAG RÜCKWIRKEND?**

Ja Nein

Falls ja, wann hat die Behandlung begonnen? _____

BITTE GRUND ANGEBEN:

- für die Behandlung eines Notfalls oder einer akuten Erkrankung
- aufgrund aussergewöhnlicher Umstände, die das Einreichen eines Antrags oder dessen Prüfung vor einer Probenahme zeitlich oder anderweitig verunmöglichten
- gemäss anwendbaren Bestimmungen war keine vorherige Beantragung erforderlich
- anderer Grund

Bitte präzisieren: _____

6. FRÜHERE ANTRÄGE

Haben Sie bereits einmal eine MAG beantragt? Ja Nein

Für welchen Wirkstoff? _____

Bei wem? _____ Wann? _____

Entscheid: bewilligt nicht bewilligt

7. ERKLÄRUNG DES SPIELERS

Hiermit bestätige ich, _____, dass die unter Punkt 1, 5 und 6 angegebenen Informationen wahrheitsgetreu sind. Ich gestatte hiermit die Herausgabe meiner persönlichen medizinischen Informationen an die Anti-Doping-Organisation (ADO) und das befugte WADA-Personal, den MAG-Ausschuss der WADA (Therapeutic Use Exemption Committee, TUEC) sowie die MAG-Ausschüsse und befugtes Personal anderer ADO, die gemäss Welt-Anti-Doping-Kodex und Internationalem Standard für medizinische Ausnahmegenehmigungen das Recht haben, auf diese Informationen zuzugreifen.

Ich ermächtige meinen Arzt/meine Ärzte, den genannten Personen alle medizinischen Informationen offenzulegen, die sie für die Prüfung und Beurteilung meines Antrags als nötig erachten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Informationen nur zur Beurteilung meines MAG-Antrags und im Rahmen möglicher Untersuchungen und Verfahren aufgrund von Verstössen gegen Anti-Doping-Bestimmungen verwendet werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meinen Arzt und meine ADO schriftlich informieren muss, wenn ich 1) mehr Informationen zur Nutzung meiner medizinischen Angaben erhalten, 2) von meinem Recht auf Zugang und Berichtigung Gebrauch machen oder 3) die Ermächtigung dieser Organisationen auf Zugang zu meinen medizinischen Informationen widerrufen möchte. Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass MAG-bezogene Informationen, die vor dem Widerruf meines Einverständnisses eingereicht wurden, zwecks Feststellung möglicher Verstösse gegen Anti-Doping-Bestimmungen weiterhin verwendet werden dürfen.

Ich erteile mein Einverständnis, dass die Entscheidung über den vorliegenden Antrag an alle ADO oder anderen Organisationen, die hinsichtlich meiner Person für Tests und/oder das Ergebnismanagement zuständig sind, weitergeleitet wird.

Ich bin mir bewusst, dass die Empfänger dieser Informationen und der Entscheidung über den vorliegenden Antrag womöglich nicht in dem Land angesiedelt sind, in dem ich wohnhaft bin. In einigen Ländern können Gesetze zum Daten- und Persönlichkeitsschutz von den Gesetzen in meinem Land abweichen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich eine Beschwerde bei der WADA oder dem CAS einreichen kann, wenn ich vermute, dass meine Personeninformationen nicht in Übereinstimmung mit dieser Erklärung und dem Internationalen Standard für Datenschutz verwendet werden.

UNTERSCHRIFT DES SPIELERS: _____ **DATUM:** _____

UNTERSCHRIFT DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN/VERTRETERS: _____ **DATUM:** _____

(Bei Minderjährigen oder einer Behinderung, die keine Unterzeichnung dieses Formulars zulässt, muss der Erziehungsberechtigte bzw. der gesetzliche Vertreter des Spielers stellvertretend für diesen unterzeichnen.)

UNVOLLSTÄNDIGE UND UNLESERLICHE FORMULARE WERDEN ZURÜCKGESCHICKT UND SIND NEU EINZUREICHEN.

VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTES FORMULAR BITTE AN DIE VERTRAULICHE E-MAIL-ADRESSE DER FIFA-MEDIZINSTELLE SCHICKEN:

MEDICAL@FIFA.ORG

DIE BEHANDLUNG DARF ERST NACH BEWILLIGUNG DES MAG-ANTRAGS DURCH DIE FIFA AUFGENOMMEN WERDEN.

STRENG VERTRAULICH