



## Antragsformular

*Ich ersuche die UEFA um eine medizinische Ausnahmegenehmigung für eine Substanz oder eine Methode, die auf der WADA-Dopingliste aufgeführt ist.*

*Bitte alle Felder ausfüllen. Bitte schreiben Sie in Blockschrift. Unvollständige oder unleserliche Formulare werden nicht angenommen.*

### 1. Informationen über den Spieler

Name: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

Frau                       Mann                       *(Zutreffendes ankreuzen)*

Nationalität: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)                      \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Teilnahme an folgendem UEFA-Wettbewerb: \_\_\_\_\_

Name des Klubs oder Nationalverbandes: \_\_\_\_\_

Antwort an den oben genannten Klub / Nationalverband:

**JA**                       Per Fax: \_\_\_\_\_  
(Bitte Vorwahl des Landes und der Region angeben)

Per Post: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NEIN**                      In diesem Fall bitte Zutreffendes ankreuzen und die erforderlichen Informationen angeben:

Per Fax: \_\_\_\_\_  
(Bitte Vorwahl des Landes und der Region angeben)

Per Post: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. Medizinische Informationen

Diagnose (s. Anmerkung 1): \_\_\_\_\_

Falls eine erlaubte Medikation zur Behandlung eines gesundheitlichen Problems eingesetzt werden könnte, ist zu begründen, weshalb die beantragte, verbotene Medikation verwendet werden soll.

## 3. Einzelheiten der Medikation

Verbotene Substanz(en): Bezeichnung	Dosierung	Verabreichungsart	Häufigkeit der Verabreichung
1.			
2.			
3.			

Voraussichtliche Dauer der Behandlung (bitte Zutreffendes ankreuzen):

einmalig

Notfall Datum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_

Dauer (Tage / Wochen / Monate): \_\_\_\_\_

Bei einer Notfallbehandlung, der Behandlung akuter gesundheitlicher Probleme oder aussergewöhnlichen Umständen sind alle relevanten Informationen anzugeben, um zu begründen, weshalb das MAG-Formular nicht rechtzeitig unterbreitet werden konnte.

## Frühere MAG-Anträge (vormals ATZ-Anträge)

Ja

Nein

Falls ja, Datum: \_\_\_\_\_

Beantragte Substanz(en): \_\_\_\_\_

An folgende Anti-Doping-Organisation (s. Anmerkung 2): \_\_\_\_\_

An meinen Nationalverband; z.H.: \_\_\_\_\_

Entscheid:      Bewilligt       Nicht bewilligt

(bitte frühere MAG/ATZ beilegen)

#### 4. Erklärung des behandelnden Arztes

Ich bestätige hiermit, dass die oben aufgeführte Behandlung für das geschilderte gesundheitliche Problem angemessen ist und dass die Verwendung einer Substanz, die nicht auf der Dopingliste steht, unzureichend wäre.

Name: \_\_\_\_\_

Qualifikationen: \_\_\_\_\_  
(Zum Beispiel: Dr. med. Heinz Muster)

Fachbereich: \_\_\_\_\_  
(Zum Beispiel: Gastroenterologe)

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel. Büro: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_  
(Bitte Vorwahl des Landes und der Region angeben)

Handy: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Unterschrift des behandelnden Arztes:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

#### 5. Erklärung des Spielers

Ich, \_\_\_\_\_, bestätige hiermit, dass die Angaben unter Punkt 1 zutreffen und dass ich eine Genehmigung für die Verwendung einer Substanz oder Methode beantrage, die auf der WADA-Dopingliste aufgeführt ist. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen medizinischen Daten an die Antidoping-Abteilung der UEFA und die zuständigen UEFA-Organen sowie an autorisiertes WADA-Personal, an die WADA-Kommission für Ausnahmegenehmigungen zu therapeutischen Zwecken sowie an die Kommissionen für Ausnahmegenehmigungen und autorisiertes Personal anderer Anti-Doping-Organisationen gemäss den Vorschriften des WADA-Codes weitergegeben werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten ausschliesslich für die Prüfung meines MAG-Antrags sowie im Rahmen etwaiger Untersuchungen und Strafverfahren hinsichtlich eines möglichen Verstosses gegen Antidoping-Vorschriften verwendet werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meinen behandelnden Arzt und die UEFA schriftlich informieren muss, wenn ich (1) mehr Informationen über die Verwendung meiner Daten erfahren möchte, (2) mein Recht auf Akteneinsicht und -korrektur wahrnehmen möchte oder (3) meine Ermächtigung zur Weitergabe meiner persönlichen medizinischen Daten an die oben erwähnten Organisationen widerrufen will. Ich nehme zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, dass es notwendig sein kann, dass Informationen, die vor Widerruf meiner Ermächtigung im Zusammenhang mit einem MAG-Antrag weitergegeben wurden, zum Zwecke der Feststellung eines möglichen Verstosses gegen Antidoping-Vorschriften einbehalten werden, sofern dies im WADA-Code vorgeschrieben ist.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich im Falle eines Verdachts, dass meine persönlichen Informationen nicht im Sinne dieser Einverständniserklärung und des *International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information* der WADA verwendet werden, Klage bei der WADA oder beim TAS einreichen kann.

Unterschrift des Spielers: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern / des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
(Sofern der Spieler minderjährig ist oder eine Behinderung hat, die ihn daran hindert, das vorliegende Formular zu unterzeichnen, muss das Formular von einem Elternteil oder vom gesetzlichen Vertreter zusammen mit dem Spieler oder in dessen Namen unterzeichnet werden).

## 6. Anmerkungen

<b>Anmerkung 1</b>	<b>Diagnose</b> Belege, die die Diagnose bestätigen, sind diesem Antrag beizulegen. Die Belege sollten eine umfassende Krankengeschichte sowie alle relevanten Ergebnisse von Untersuchungen, Labortests und bildgebenden Verfahren beinhalten. Nach Möglichkeit sind Kopien der Originalberichte und Unterlagen beizulegen. Die Belege sollten möglichst objektiv sein. Falls die Erkrankung nicht belegt werden kann, ist diesem Antrag eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung beigezulegen, die die Diagnose untermauert.
<b>Anmerkung 2</b>	<b>Anti-Doping-Organisation</b> Geben Sie bitte den Namen der Anti-Doping-Organisation (ADO) an, bei der Sie bereits einen MAG-Antrag eingereicht haben. Die ADO kann die FIFA oder Ihre nationale Anti-Doping-Organisation (Nationales Olympisches Komitee oder ein anderes dafür bezeichnetes Organ) sein.

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

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Fax an:  
+41 22 990 31 31, und legen Sie eine Kopie davon zu Ihren Akten.**

**Mit der Behandlung darf erst nach der Genehmigung des MAG-Antrags begonnen werden.**