



Medizinische Ausnahmebewilligung (MAG)

Antragsformular

BITTE ALLE FELDER IN BLOCKSCHRIFT ODER DIGITAL AUSFÜLLEN.

UNVOLLSTÄNDIGE ODER UNLESERLICHE FORMULARE WERDEN NICHT ANGENOMMEN

Hinweis: Diesem Antrag sind zur Bestätigung der Diagnose folgende Dokumente beizulegen: Die Diagnose einschließlich umfassender Krankengeschichte sowie sämtliche relevanten Ergebnisse von Untersuchungen, Labortests und bildgebenden Verfahren. Zudem sollten möglichst auch Kopien von Berichten bzw. Briefen beigelegt sein. Die Belege sollten möglichst objektiv sein. Falls die Erkrankung nicht belegt werden kann, sollte eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung beigelegt werden.

1. Informationen zum Spieler

Nachname: _____ Vorname(n): _____

weiblich männlich

Nationalität: _____

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): _____. _____. _____

Teilnahme an folgendem UEFA-Wettbewerb: _____

Hinweis: Die UEFA bearbeitet nur MAG-Anträge von Spielern, die für die Teilnahme an einem UEFA-Wettbewerb registriert sind.

Name des Vereins bzw. Nationalverband: _____

Antwort an oben genannten Verein / Nationalverband:

JA Per Fax (bitte internationale und nationale Vorwahl angeben): _____

Per Post: _____

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

Per Fax (bitte internationale und nationale Vorwahl angeben): _____

Per Post: _____



Medizinische Ausnahmebewilligung (MAG)

Antragsformular

2. Medizinische Informationen

Diagnose: _____

Falls eine erlaubte Medikation zur Behandlung eingesetzt werden könnte, ist zu begründen, weshalb die beantragte, verbotene Medikation verwendet werden soll: _____

3. Einzelheiten der Medikation

Internationaler Freiname der verbotenen Substanz(en)	Dosierung	Verabreichungsart	Häufigkeit der Verabreichung
1.			
2.			
3.			

Voraussichtliche Behandlungsdauer (bitte zutreffendes ankreuzen):

Einmalig

Dauer (Tage/Wochen/Monate): _____

4. Rückwirkender Antrag

Handelt es sich um einen rückwirkenden Antrag? Ja Nein

Fall ja, geben Sie bitte das Datum des Therapiebeginns an (Tag/Monat/Jahr): _____.

Bitte geben Sie den Grund für den rückwirkenden Antrag an:

Notfallbehandlung oder akute Behandlung

Sonstige außergewöhnliche Umstände, aufgrund derer vor der Probenahme aus Zeitmangel o.Ä. kein Antrag gestellt werden konnte

Sonstiges: _____



Medizinische Ausnahmebewilligung (MAG)

Antragsformular

5. Vorherige Anträge

Haben Sie in der Vergangenheit bereits MAG-Anträge gestellt? Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte das Datum der Antragstellung an (Tag/Monat/Jahr): _____.

Beantragte Substanz oder Methode: _____

An folgende Antidoping-Organisation: _____

An meinen Nationalverband

Entscheidung: bewilligt nicht bewilligt (bitte frühere MAG beilegen)

6. Erklärung des behandelnden Arztes

Ich bestätige hiermit, dass die oben aufgeführte Behandlung aus medizinischer Sicht angemessen ist und dass die Verwendung einer Substanz, die nicht auf der Verbotsliste steht, unzureichend wäre.

Name: _____

Qualifikationen: _____

Fachbereich: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Tel. Büro: _____
(einschließlich internationaler und nationaler Vorwahl)

Handy: _____ Fax: _____

Unterschrift des behandelnden Arztes: _____ **Datum:** _____



Medizinische Ausnahmebewilligung (MAG)

Antragsformular

7. Erklärung des Spielers

Ich, _____ bestätige hiermit die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen medizinischen Daten an die UEFA-Abteilung Medizinisches und Antidoping und die zuständigen UEFA-Organe sowie an autorisiertes WADA-Personal, an die WADA-Kommission für Ausnahmegenehmigungen zu therapeutischen Zwecken sowie an die Kommissionen für Ausnahmegenehmigungen und gemäß des WADA-Codes bzw. des Internationalen Standards für Medizinische Ausnahmegenehmigungen autorisiertes Personal anderer Antidoping-Organisationen weitergegeben werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Arzt/meine Ärzte meine persönlichen medizinischen Daten an oben aufgeführte Personen weitergeben darf/dürfen, falls sie dies für die Bewilligung meines Antrags als notwendig erachten.

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) mein Einverständnis 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 Einverständniserklärung 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 erkläre mich damit einverstanden, dass die Entscheidung über diesen Antrag allen Antidoping-Organisationen zugänglich gemacht wird, die befugt sind, mich zu testen und/oder die für das Ergebnismanagement zuständig sind.

Ich nehme zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, dass die in meinem Antrag angegebenen Informationen sowie die Entscheidung über meinen Antrag an Personen übermittelt werden können, die sich in Ländern befinden, in denen die Datenschutzgesetze von denen in meinem Wohnland abweichen können.

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).

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Fax an:

+41 22 990 31 31, und bewahren Sie eine Kopie davon für Ihre eigenen Unterlagen auf.

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