



MEDIZINISCHE AUSNAHMEGENEHMIGUNG (MAG)

Antragsformular

BITTE ALLE FELDER IN BLOCKSCHRIFT ODER DIGITAL AUSFÜLLEN.

UNVOLLSTÄNDIGE ODER UNLESERLICHE FORMULARE WERDEN NICHT ANGENOMMEN.

1. Informationen zum Spieler

Name: _____ Vorname(n): _____

weiblich männlich

Nationalität: _____

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): ____/____/____

Verein bzw. Nationalverband: _____

Teilnahme an folgendem UEFA-Wettbewerb: _____

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

Nächster Spieltermin / voraussichtliche Rückkehr in den Spielbetrieb:

2. Medizinische Informationen

Diesem Antrag sind zur Bestätigung der Diagnose folgende Dokumente beizulegen: Eine umfassende Krankengeschichte sowie sämtliche relevanten Ergebnisse von Untersuchungen, Labortests und bildgebenden Verfahren. Zudem sollten möglichst auch Kopien von Originalberichten bzw. -briefen beigefügt sein. Die Belege sollten möglichst objektiv und klinischer Natur sein. Falls die Erkrankung nicht belegt werden kann, sollte eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung beigefügt werden. **Ist der Beleg nicht in einer der offiziellen UEFA-Sprachen (Deutsch, Englisch, Französisch) verfasst, muss eine aussagekräftige Zusammenfassung in einer dieser drei Sprachen beigefügt werden.**

Die WADA verfügt über verschiedene Richtlinien, um die Ärzte bei der Vorbereitung vollständig und sorgfältig ausgefüllter MAG-Anträge zu unterstützen. Diese MAG-Richtlinien für Ärzte sind unter dem Suchbegriff „Medical Information“ auf der Website der WADA zu finden: www.wada-ama.org. Die Richtlinien betreffen die Diagnose und Behandlung verschiedener bei Sportlern häufig auftretender Erkrankungen, die mit verbotenen Wirkstoffen behandelt werden müssen.



MEDIZINISCHE AUSNAHMEGENEHMIGUNG (MAG)

Antragsformular

Diagnose mit hinreichenden medizinischen Belegen: _____

Falls ein erlaubtes Medikament zur Behandlung eingesetzt werden könnte, ist zu begründen, weshalb das beantragte, verbotene Medikament verwendet werden soll: _____

3. Einzelheiten zum Medikament

Internationaler Freiname des/der verbotenen Wirkstoffs/e	Dosierung	Verabreichungs- art	Häufigkeit der Verabreichung	Dauer der Behandlung
1.				
2.				
3.				

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

Nähere Angaben: _____



MEDIZINISCHE AUSNAHMEGENEHMIGUNG (MAG)

Antragsformular

5. Vorherige Anträge

Haben Sie in der Vergangenheit bereits bei einer Antidoping-Organisation MAG-Anträge gestellt?

Ja Nein

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

Beantragte Substanz oder Methode: _____

An folgende Antidoping-Organisation (nähere Angabe): _____

Entscheidung: bewilligt nicht bewilligt (falls 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 eines Wirkstoffs, der 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 AUSNAHMEGENEHMIGUNG (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-Organen 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. Dieses Personal untersteht dem Berufsgeheimnis bzw. einer Vertraulichkeitsverpflichtung.

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 medizinischen Daten erhalten möchte, (2) mögliche Rechte auf Akteneinsicht, Berichtigung, Einschränkung, Widerspruch oder Streichung 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 von Ermittlungen oder im Rahmen von Verfahren im Zusammenhang mit einem möglichen Verstoß gegen Antidoping-Vorschriften einbehalten werden, sofern dies im WADA-Code, in den Internationalen Standards oder nationalen Antidoping-Gesetzen vorgeschrieben ist. Dasselbe gilt zum Zwecke einer Erhärtung oder Durchsetzung eines mich, die WADA und/oder die UEFA betreffenden Rechtsanspruchs.

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 außerhalb meines Wohnlandes übermittelt werden können. In einigen dieser Länder können die Datenschutzgesetze von jenen in meinem Wohnland abweichen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die angegebenen Daten in ADAMS gespeichert werden können, das von der WADA auf Servern in Kanada gehostet wird, und für die im Internationalen Standard für den Schutz personenbezogener Daten der WADA angegebene Dauer aufbewahrt werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich im Falle eines Verdachts, dass meine persönlichen Informationen nicht im Sinne dieser Einverständniserklärung und des Internationalen Standards für den Schutz personenbezogener Daten der WADA verwendet werden, Klage bei der WADA (privacy@wada-ama.org) oder meiner nationalen für den Datenschutz in meinem Land zuständigen Aufsichtsbehörde einreichen kann.



MEDIZINISCHE AUSNAHMEGENEHMIGUNG (MAG)

Antragsformular

Ich nehme zur Kenntnis, dass die obengenannten Organe sich auf nationale Antidoping-Gesetze berufen oder solchen unterstehen, die meinem Einverständnis übergeordnet sind. Dasselbe gilt für andere geltende gesetzliche Bestimmungen, die gegebenenfalls erfordern, dass Informationen örtlichen Gerichten, Strafverfolgungs- oder anderen öffentlichen Behörden offengelegt werden. Nähere Informationen zur nationalen Antidoping-Gesetzgebung sind bei der UEFA oder der nationalen Antidoping-Agentur erhältlich.

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 und die medizinischen Angaben an die UEFA (antidoping@uefa.ch) und bewahren Sie eine Kopie für Ihre Akten auf. Zwecks zusätzlicher Sicherheit schützen Sie die Dokumente mit einem Passwort und senden Sie dieses separat an:
Rebecca.lee@uefa.ch.

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