

## ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINER MEDIZINISCHEN AUSNAHMEGENEHMIGUNG (MAG)

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

### 1. SPIELERANGABEN

NACHNAME:	_____	VORNAME(N):	_____
FRAU <input type="checkbox"/>	MANN <input type="checkbox"/>	GEBURTSDATUM (TAG/MONAT/JAHR)	_____
ADRESSE:	_____		
STADT:	_____	LAND:	_____
TEL.:	_____	E-MAIL:	_____
NATIONALITÄT:	_____		
NAME DES KLUBS ODER DES NATIONALEN 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-WETTBEWERB<sup>1</sup> TEIL: \_\_\_\_\_  
(NAME DES FIFA-WETTBEWERBS)
- ICH GEHÖRE DEM TESTPOOL EINER NATIONALEN ANTI-DOPING-ORGANISATION AN: \_\_\_\_\_  
(NAME DER NADO)
- ANTRAG AUF ANERKENNUNG EINER VON EINER NADO AUSGESTELLTEN MAG
- KEINES TRIFFT ZU

<sup>1</sup> Die Liste der betreffenden Wettbewerbe ist den MAG-Bestimmungen der FIFA auf [www.fifa.com/medical](http://www.fifa.com/medical) , <http://extranet.fifa.com/medical> und <http://www.fifa.com/antidoping> zu entnehmen.

**Antwort senden an:**

Faxnummer: \_\_\_\_\_  
(Bitte Landes- und Ortsvorwahl angeben)

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

per Post: Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. MEDIZINISCHE INFORMATIONEN**

**MEDIZINISCH AUSREICHEND BELEGTE DIAGNOSE (SIEHE HINWEIS 1):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. MEDIZINISCHE ANGABEN**

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

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

**Bei einer notfallmässigen Behandlung oder 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.**

---



---



---



---

<b>Haben Sie bereits einmal eine MAG beantragt?</b>	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Für welchen Wirkstoff? _____		
Bei wem? _____		
Entscheid: bewilligt <input type="checkbox"/> nicht bewilligt <input type="checkbox"/>		

#### 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. ERKLÄRUNG DES SPIELERS

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_, die Richtigkeit der unter Punkt 1 gemachten Angaben und beantrage eine MAG für einen Wirkstoff oder eine Methode, die auf der WADA-Verbotsliste steht. Ich gestatte hiermit die Herausgabe meiner persönlichen medizinischen Informationen an die FIFA-Anti-Doping-Stelle und die zuständigen FIFA-Organe, der MAG-Ausschuss der WADA (Therapeutic Use Exemption Committee, TUEC) und das berechnigte WADA-Personal sowie andere MAG-Ausschüsse und berechnigtes Personal von Anti-Doping-Organisationen gemäss Welt-Anti-Doping-Kodex. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung auf Herausgabe von persönlichen medizinischen Informationen an die genannten Organisationen gegenüber meinem behandelnden Arzt und der FIFA jederzeit schriftlich widerrufen kann.

**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.)*

## 6. HINWEIS

<b>HINWEIS 1</b>	<b>DIAGNOSE</b> 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 als möglich sein. Sind die Befunde nicht ausreichend beweiskräftig, soll ein unabhängiger medizinischer Gutachter beigezogen werden.
------------------	---

**UNVOLLSTÄNDIGE UND UNLESERLICHE FORMULARE WERDEN ZURÜCKGESCHICKT UND SIND  
NEU EINZUREICHEN.**

***VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTES FORMULAR BITTE AN DIE VERTRAULICHE TELEFAXNUMMER DER  
FIFA-ABTEILUNG MEDIZIN SCHICKEN:***

***+41 43 222 75 03***

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