

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 (DEUTSCH, ENGLISCH, FRANZÖSISCH UND SPANISCH) 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

¹ Die Liste der betreffenden Wettbewerbe ist den MAG-Bestimmungen der FIFA auf www.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 um 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 aller 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 und anerkenne, dass ich als Datensubjekt in Bezug auf meine Personendaten gemäss den anwendbaren Datenschutzgesetzen und den MAG-Bestimmungen der FIFA bestimmte Rechte besitze.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich je nach Fall eine Beschwerde bei der WADA, der FIFA oder der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen kann, wenn ich vermute, dass meine Personendaten nicht in Übereinstimmung mit dieser Erklärung und dem Internationalen Standard für Datenschutz verwendet werden.

Ich habe die MAG-Bestimmungen der FIFA, die in Bezug auf meine MAG-bezogenen Daten genauere Regelungen enthalten, insbesondere hinsichtlich des Umfangs und der Rechtmässigkeit der Datenbearbeitung sowie meiner Rechte als betroffenes Datensubjekt, gelesen und verstanden.

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 MEDIZIN- UND ANTI-DOPING-ABTEILUNG DER FIFA SCHICKEN:

ANTIDOPING@FIFA.ORG

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

STRENG VERTRAULICH