

ANWENDUNGSBESCHEINIGUNG

für Glukokortikosteroide zur nicht systemischen Anwendung:
intraartikulär, periartikulär, peritendinös, epidural, intradermal, inhalativ*

(Orale, intravenöse, intramuskuläre oder rektale Anwendung bedingt weiterhin ein MAG-Gesuch)

1. SPIELERANGABEN

Nachname:	_____
Vorname:	_____ Geburtsdatum: _____
Mitgliedsverband:	_____

2. MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

Diagnose:	_____
Name des Wirkstoffs:	_____
Dosierung:	_____ Art der Verabreichung: _____
Datum der Verabreichung:	_____

* Inhalierter GKS sind auf dem Antrag für eine medizinische Ausnahmegenehmigung für Beta-2-Agonisten bei Asthma anzugeben.

3. BEHANDELNDER ARZT

Nachname:	_____	Vorname:	_____
Fachbereich:	_____		
Adresse:	_____		
Tel.:	_____	E-Mail:	_____

Unterschrift des Spielers: _____ Datum: _____

Unterschrift des Arztes: _____ Datum: _____