

AUSNAHMEBEWILLIGUNG ZU THERAPEUTISCHEN ZWECKEN (ATZ)

**BITTE ALLE FELDER VOLLSTÄNDIG UND IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN.
UNVOLLSTÄNDIGE ODER UNLESERLICHE FORMULARE WERDEN ZURÜCKGEWIESEN.**

1. SPIELERANGABEN

NACHNAME: _____	VORNAME(N): _____	
FRAU <input type="checkbox"/>	MANN <input type="checkbox"/>	GEBURTSDATUM: (TAG/MONAT/JAHR) _____
ADRESSE: _____		
STADT: _____	LAND: _____	
TEL: _____	E-MAIL: _____	
NATIONALITÄT: _____		
TEILNAHME AN WELCHEM FIFA-WETTBEWERB? _____		
NAME DES KLUBS ODER DES FUSSBALLVERBANDES: _____		

Antwort senden an:

Faxnummer: _____
(Bitte Landes- und Ortskennzahl 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 SUBSTANZ(EN) – GENERISCHER NAME	DOSIERUNG	ART DER VERABREICHUNG	HÄUFIGKEIT DER VERABREICHUNG
1.			
2.			
3.			

Voraussichtliche Dauer der Behandlung: <i>(Bitte das Entsprechende 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 ATZ-Gesuchs nicht genügend Zeit war.

Haben Sie bereits einmal eine ATZ beantragt:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Für welche Substanz?	_____	
Bei wem?	_____	
Entscheid:	Genehmigt <input type="checkbox"/>	Nicht genehmigt <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 Liste der verbotenen Substanzen und Methoden stehen, für die vorliegende Erkrankung unangemessen ist.

NAME: _____

FACHBEREICH: _____

ADRESSE: _____

TEL: _____ **EMAIL:** _____

HANDY: _____ **FAX:** _____

UNTERSCHRIFT DES ARZTES: _____ **DATUM:** _____

5. ERKLÄRUNG DES SPIELERS

Hiermit bestätige ich, _____, die Richtigkeit der unter Punkt 1 gemachten Angaben und beantrage eine Ausnahmegewilligung zu therapeutischen Zwecken für eine Substanz oder Methode, die auf der WADA-Liste der verbotenen Substanzen und Methoden steht. Ich gestatte hiermit die Herausgabe meiner persönlichen medizinischen Informationen an die FIFA Anti-Doping Abteilung und die zuständigen FIFA-Organe, die WADA, die FIFA ATZ-Kommission und andere 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

HINWEIS 1	<p>DIAGNOSE: 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 beizufügen.</p> <p>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.</p>
------------------	--

UNVOLLSTÄNDIGE FORMULARE WERDEN ZURÜCKGESCHICKT UND SIND NEU EINZUREICHEN.

**BITTE VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTES FORMULAR AN DIE MEDIZINISCHE ABTEILUNG DER FIFA
SCHICKEN:**

+41 43 222 75 03

**DIE BEHANDLUNG DARF ERST NACH GENEHMIGUNG DES MAG-ANTRAGS DURCH DIE
FIFA AUFGENOMMEN WERDEN!**