



ANTI DOPING DANMARK

ANTI DOPING DENMARK

Ansøgning om medicinsk dispensation (TUE)

Therapeutic Use Exemption Application Form

Husk at vedlægge dokumentation for Diagnosen/Remember to include medical documentation

1. Udøvereninformation / Athlete Information

Efternavn, fornavn(e) / Surname, given name(s).....

Mand / Male Kvinde / Female Fødselsdato (d/m/å) / Date of Birth (d/m/y):

Adresse / Address:

Post nr. og by / Zip code and city.....: Land / Country:

Tlf. med international kode..... E-mail:
Tel. with international code

Idrætsgren og disciplin:
Sport / Discipline

Internationalt forbund eller nationalt specialforbund.....
International or National Sport Organization

2. Tidligere ansøgninger / Previous Applications

Har du tidligere søgt om medicinsk dispensation (TUE)? Ja / Yes Nej / No
Have you previously submitted a TUE application?

Hvis ja, for hvilket stof.....
If yes, for which substance

Til hvilken antidopingorganisation? Hvornår? / When.....
To which Anti Doping Organization

Beslutning / Decision: Godkendt / Approved Ikke godkendt / Not approved

3. Retroaktiv ansøgning / *Retroactive Applications*

Er dette en retroaktiv ansøgning? *Is this a retroactive application?*

Ja / Yes

Nej / No

Hvis ja, angiv datoen for behandlingsstart. *If yes, on which date was the treatment initiated:*.....

Gør nogen af de følgende undtagelser sig gældende? (Artikel 4.1 af ISTUE):

Does any of the following exceptions apply? (Article 4.1 of the ISTUE):

4.1 (a) Du var ude for en nødsituation og/eller havde brug for akut behandling af en medicinsk tilstand.

You required emergency or urgent treatment of a medical condition.

4.1 (b) Der var for lidt tid, ikke mulighed eller andre exceptionelle omstændigheder, som gjorde, at TUE'en ikke blev indsendt eller nåede at blive bedømt, inden du blev testet.

There was insufficient time, opportunity or other exceptional circumstances that prevented you from submitting the TUE application, or having it evaluated, before getting tested.

4.1 (c) Det var ikke påkrævet, at ansøge om TUE på forhånd i henhold til de nationale antidopingregler.

You were not permitted or required to apply in advance for a TUE as per the national anti-doping rules.

4.1 (d) Du blev testet selv om du var på et niveau som ikke er omfattet af de nationale antidopingregler

You are a lower-level athlete who is not under the jurisdiction of an International Federation or National Anti-Doping Organization and were tested

4.1 (e) Du er testet positiv efter at have brugt et stof udenfor konkurrence, som kun er forbudt i konkurrence f.eks. glukokortikoider (se Dopinglisten).

You tested positive after using a substance Out-of-Competition that was only prohibited In-competition, e.g., S9 glucocorticoids (See Prohibited List).

Beskriv venligst (vedhæft evt. yderligere dokumenter) *Please describe (if necessary, attach further documents)*

.....
--

Andre retroaktive ansøgninger (ISTUE artikel 4.3)
Other Retroactive Applications (ISTUE Article 4.3)

Under sjældne og ekstraordinære omstændigheder, uanset andre bestemmelser i ISTUE, kan en udøver ansøge om og blive godkendt en TUE med tilbagevirkende kraft, hvis det i betragtning af kodens formål ville være åbenlyst uretfærdigt ikke at give en retroaktiv TUE. For at ansøge i henhold til artikel 4.3, bedes du komme med en fyldestgørende begrundelse og vedlægge al understøttende dokumentation.

In rare and exceptional circumstances notwithstanding any other provision in the ISTUE, an athlete may apply for and be granted retroactive approval for their TUE if, considering the purpose of the Code, it would be manifestly unfair not to grant a retroactive TUE. In order to apply under Article 4.3, please include a full reasoning and attach all necessary supporting documentation.

.....
.....
.....
.....

Punkt 4, 5 og 6 skal udfyldes af behandlende læge / Section 4, 5 and 6 must be completed by treating physician

4. Medicinsk information / Medical Information

Diagnose (brug venligst WHO ICD 11 klassifikation hvis muligt)
Diagnosis (please use the WHO ICD 11 classification if possible)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Medicinske detaljer / Medical Details

Præparat og det forbudte stof/metode <i>Prohibited substance</i>	Dosis <i>Dose</i>	Administrationsform <i>Route</i>	Doseringsinterval <i>Frequency</i>	Varighed af behandling <i>Duration of Treatment</i>
1.				
2.				
3.				

Oplysninger som underbygger og bekræfter diagnosen skal vedlægges og fremsendes sammen med denne ansøgning. De medicinske oplysninger skal omfatte en omfattende sygehistorie og resultaterne af alle relevante undersøgelser, laboratorieundersøgelser og billeddannelsesstudier. Kopier af de originale rapporter eller breve skal medtages, når det er muligt. Derudover vil et kort resumé, der inkluderer diagnose, nøgleelementer i kliniske undersøgelser, medicinske tests og behandlingsplan være nyttig. **Hvis en tilladt medicin kan bruges til at behandle den medicinske tilstand, bedes du give en begrundelse for at søge om TUE for den forbudte medicin.**

WADA vedligeholder en række TUE-tjeklister til at hjælpe udøvere og læger i forberedelsen af TUE-ansøgninger.

Evidence onfirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical information must include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. In addition, a short summary that includes diagnosis, key elements of clinical examns, medical tests and the treatment plan would be helpful.

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide justification for the therapeutic use exemption for the prohibited medication.

WADA maintains a series of TUE Checklists to assist athletes and physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications.

6. Behandlende lægeerklæring / *Medical Practitioner's Declaration*

Jeg bekræfter, at oplysningerne i afsnit 4 og 5 ovenfor er korrekte. Jeg anerkender og accepterer, at mine personlige oplysninger kan bruges af antidopingorganisation(er) ADO(er) til at kontakte mig angående denne TUE-ansøgning for at bekræfte den professionelle vurdering i forbindelse med TUE-processen eller i forbindelse med en overtrædelse af antidopingreglerne, undersøgelser eller dopingsager. Jeg anerkender og accepterer endvidere, at mine personlige oplysninger vil blive uploadet til antidopingadministrationssystemet (ADAMS) til disse formål (se Antidoping Danmarks dataprivatlivspolitik her).

I certify that the information in section 4 and 5 above is accurate. I acknowledge and agree that my personal information may be used by Anti-Doping Organization(s) ADO(s) to contact me regarding this TUE application, to verify the professional assessment in connection with the TUE process, or in connection with Anti-Doping Rule Violation investigations or proceedings. I further acknowledge and agree that my personal information will be uploaded to the Anti-Doping Administration and Management System (ADAMS) for these purposes (see Anti-Doping Denmark's data privacy policy here).

Navn / *Name*.....

Medicinsk speciale / *Medical Specialty*.....

Ydernummer (hvis relevant) / *License number (if relevant)*.....

Adresse / *Address*.....

By / *City*..... Land / *Country*.....

E-mail:..... Fax:.....

Telefonnummer / *Phone number*.....

Behandlende læges underskrift / *Signature of Medical Practitioner*

Dato/ *Date*.....

7. Udøvererklæring / Athlete's declaration

Jeg.....erklærer hermed, at informationerne under pkt. 1,2,3 og 7 er korrekte.

Jeg giver samtykke til, at min(e) læge(r) udleverer alle helbredsoplysninger, der er relevante for at kunne behandle min ansøgning, til følgende modtagere: Anti Doping Organisationerne (ADO) som er ansvarlige for at træffe afgørelse og udstede, afvise eller anerkende min TUE; WADA som er ansvarlige for at ADOer overholder Standarden International Therapeutic Use Exception (ISTUE); lægerne som er medlemmer af ADDs og WADA's TUE komitéer, som skal gennemgå ansøgningen i henhold til ISTUE, og hvis nødvendigt, andre uafhængige medicinske-, videnskabelige- eller juridiske eksperter.

Jeg tillader, at ADD deler min ansøgning og dokumentation med andre ADOer og WADA som beskrevet ovenfor hvis nødvendigt, og jeg medgiver at disse modtagere også videregiver mine informationer til deres TUE komitémedlemmer og relevante eksperter for at vurdere min ansøgning.

Jeg har læst og forstået ADD's privatlivspolitik, som beskriver, hvordan mine personlige oplysninger vil blive behandlet i forbindelse med min TUE ansøgning, og at jeg accepterer dette.

Underøver underskrift:..... Dato:.....

Underskrift forældre/vægre:.....Dato:.....

(hvis udøver er er myndig eller hvis udøver pga. handicap ikke kan underskrive, skal udøvers forælder/væрге underskrive sammen med en eller på vegne af udøver)

I,....., certify that the information set out in sections 1, 2, 3 and 7 is correct.

I authorize my physician(s) to release the medical information and records that they deem necessary to evaluate the merits of my TUE application to the following recipients: the Anti-Doping Organization(s) (ADO) responsible for making a decision to grant, reject, or recognize my TUE; the World Anti-Doping Agency (WADA), who is responsible for ensuring determinations made by ADOs respect the ISTUE; the physicians who are members of relevant ADO(s) and WADA TUE Committees (TUECs) who may need to review my application in accordance with the World Anti-Doping Code and International Standards; and, if needed to assess my application, other independent medical, scientific or legal experts.

I further authorize [Click or tap here to enter text.](#) to release my complete TUE application, including supporting medical information and records, to other ADO(s) and WADA for the reasons described above, and I understand that these recipients may also need to provide my complete application to their TUEC members and relevant experts to assess my application.

I have read and understood the TUE Privacy Notice explaining how my personal information will be processed in connection with my TUE application, and I accept its terms.

Athlete's signature:.....Date:.....

Parent's/Guardian's signature:.....Date:.....

(If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing them from signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

Ved manglende oplysninger vil ansøgningen blive returneret og skal herefter indsendes på ny med alle de nødvendige oplysninger.

Ansøgningsskema skal sendes udfyldt og underskrevet af den behandlende læge til:

Adresse:

Anti Doping Danmark

Idrættens Hus

Brøndby Stadion 20

2605 Brøndby

Tlf.: 72 240 240 #1

eller

send ansøgningsskema og dokumentation til Trine

Skov Møgelvang via Onedrive og dette link:

www.antidoping.dk/upload

PRINT