



**ANTRAG AUF  
ERTEILUNG EINER MEDIZINISCHEN AUSNAHMEGENEHMIGUNG  
für die Anwendung verbotener Substanzen**

**Persönliche Angaben**

**Nachname:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Wohnort**

**Stadt:** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**Land:** \_\_\_\_\_

**Festnetz-Telefon:** \_\_\_\_\_

**Mobil-Telefon:** \_\_\_\_\_

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

**Medizinische Information**

**Diagnose (inklusive ausführlicher medizinischer Information als Anlage – „siehe Information zur Diagnose“ unten):**

**Information zur Diagnose:**

Als verschlossene Arztsache müssen folgende Dokumente dem Antrag im Original oder in Kopie beigelegt sein: eine gutachterliche Stellungnahme des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärzte zum Krankheitsbild mit Vorgeschichte, Befunden (z.B. Laborergebnisse), Krankheitsverlauf, aktueller Medikation, möglicher Behandlungsdauer sowie eine Stellungnahme des behandelnden Arztes, warum keine andere Therapie eingesetzt werden kann. Diagnose und Therapie sollten nach wissenschaftlichen Erkenntnissen stimmig sein.

**Angaben zu dem relevanten Medikament/den relevanten Medikamenten**

**Name und Wirkstoff des Medikaments:** \_\_\_\_\_

**Dosierung des Medikaments (z.B. 0,2 mg)** \_\_\_\_\_

**Verabreichung des Medikaments (z.B. oral, i.m. etc):** \_\_\_\_\_

**Häufigkeit der Verabreichung des Medikaments:** \_\_\_\_\_

### Erklärung des Arztes

Hiermit erkläre ich, dass die Angaben zur „Medizinischen Information“ und des „Relevanten Medikaments/den relevanten Medikamenten“ wahrheitsgemäß sind und das die o.g. Wirkstoffe/Medikamente für die Behandlung des beschriebenen Krankheitsbildes des genannten Athleten notwendig ist/sind.

Name: \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift und Stempel des Arztes: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Retroaktiver Antrag – Nur möglich für Out-Of-Season-Tests!

Handelt es sich hierbei um einen retroaktiven Antrag bedingt durch nicht genügend Zeit oder keine Gelegenheit für die Antragsstellung vor der Probenahme des Out-of-Season-Tests?

JA: \_\_\_\_\_ NEIN: \_\_\_\_\_

Wenn ja, wann wurde die Behandlung begonnen: \_\_\_\_\_

Voraussichtlich nächster Wettkampf: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Erklärung des Athleten

Hiermit bestätige ich: \_\_\_\_\_

die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben. Ich gestatte weiterhin die Herausgabe meiner ärztlichen Unterlagen zur Vorlage beim GNBf e.V.-Präsidenten, dem GNBf e.V. Anti-Doping-Beirat und dem GNBf e.V.-Generalsekretär sowie autorisiertem Personal anderer Anti-Doping-Organisationen gemäß den Bestimmungen des WADA-Code und / oder Standard für medizinische Ausnahmegenehmigungen. Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt / Ärzte den oben genannten Personen weitere medizinische Informationen zukommen lassen, die sie zur Prüfung und Beurteilung meines Antrages gegebenenfalls für notwendig erachten.

Der Weiterleitung der Entscheidung über meinen Antrag an alle Anti-Doping- oder andere Organisationen unter deren Zuständigkeit ich falle, sei es bei der Probenentnahme oder dem Ergebnismanagement, stimme ich zu.

Unterschrift des Athleten: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Den vollständigen Antrag bitte auf dem Postwege, via Fax oder als E-Mail-Anhang an Global Quality Sports senden.

Global Quality Sports GmbH – Eichwiesenring 10 – 70567 Stuttgart  
Fax: 0711 460 5715-9 / E-Mail: [info@gqs-antidoping.de](mailto:info@gqs-antidoping.de)