

Ansökan: Ordinär dispens

Therapeutic Use Exemptions, Standard Application Form

Jag ansöker härmed om dispens för medicinsk behandling med substanser som är förbjudna enligt gällande dopinglista och Riksidrottsförbundets (RF) dopingregler.
[I apply for approval from the Doping Commission of the Swedish Sports Confederation for the therapeutic use of a prohibited substance on the WADA List of Prohibited Substances and Prohibited Methods.]

OBS! Samtliga uppgifter måste vara ifyllda för att ansökan ska behandlas.
[Please, complete all sections in capital letters or typing]

1. Idrottsutövaren [Athlete Information]

Efternamn [Surname]:	Förnamn [Given Name]:
<input type="checkbox"/> Kvinna [Female]	<input type="checkbox"/> Man [Male] (kryssa i tillämplig ruta [tick appropriate box])
Adress [Address]:	
Postnummer och ort [City and postal code]:	
Land [Country]:	
Personnummer (10 siffror) [Social security number/Date of Birth y/m/d]:	
Tel arbete [Tel Work]:	
Tel bostad [Tel Home]:	
Mobilnr [Mobile]:	
E-postadress [E-mail]:	Fax nr [Fax]:
Idrott(er) [Sport]:	
Gren(ar)/disciplin(er) [Disciplines]:	
Nationellt specialidrottsförbund (SF) [National Sporting Organization]:	
Förening [Club]:	
Avser du att tävla internationellt? [Do you intend to compete on international level?]: <input type="checkbox"/> JA [Yes] <input type="checkbox"/> Nej [No]	
Om ja – ska du ev. skicka anmälan ditt internationella specialidrottsförbund (se anvisningar på www.rf.se eller kontakta ditt SF)	
[If yes – you may be obliged to submit your form to your ISF (see instructions or contact your SF)]	
Tillhör du hög eller låg utövarkategori enligt indelning/gren för din idrott (se anvisningar)? <input type="checkbox"/> Hög [High] <input type="checkbox"/> Låg [Low]	
[Are you a high level or a low level athlete according to your national sporting organization?]	
Uttagen till landslag: <input type="checkbox"/> Senior <input type="checkbox"/> Junior <input type="checkbox"/> Ungdom	
Tävlrar/spelar i senior-SM/motstv. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Spelar i serie/division:	

2. Ev tidigare/aktuella dispensansökningar [Previous/current TUE requests]

Tidigare/aktuella dispensansökningar [Previous / Current TUE request(s)]:	<input type="checkbox"/> Ja [Yes]	<input type="checkbox"/> Nej [No]
Om ja – datum [If yes – date]:		
Antidopingorganisation [Anti-Doping Organization]:		
Resultat (ev. tidigare dispens/er bifogas) [Result (attach previous TUE(s))]:		
.....		
.....		



Personnr [ID No]:

3. Ansvarig läkare [Notifying medical practitioner]

Namn, titel/behörighet, specialistkompetens [Name, qualifications and medical speciality] :			
.....			
Adress [Address]:			
Tel arbete [Tel Work]: Tel bostad [Tel Home]: Mobilnr [Mobile]:			
E-postadress [E-mail]:		Fax nr [Fax]:	
Diagnos (se not 1) [Diagnosis (see note 1)]:			
.....			
.....			

4. Specifikation av medicinering (se not 2) [Medication details (see note 2)]

Förbjudna substanser [Prohibited Substance(s)]:	Dosering [Dose of administration]:	Administrationsätt [Route of administration] :	Frekvens [Frequency of administration]:
1.			
2.			
3.			

Behandlingens varaktighet [Anticipated duration of this medication plan]:

Vid behov motivera varför en alternativ – ej dopingklassad – medicinering inte används (se not 3) [If appropriate, reasons for not prescribing alternative therapies (see note 3)]:

5. Ytterligare medicinsk information (underlag som styrker diagnos och behandling bifogas):

[Please note additional information and attach sufficient medical information to substantiate the diagnosis and the necessity to use a prohibited substance]

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



Personnr [ID No]:

6. Läkares och idrottsutövares försäkran [Medical practitioner's and athlete's declaration]

Undertecknad försäkrar att ovan nämnda substanser har använts/ska användas av idrottsutövaren som korrekt behandling av ovan nämnt sjukdomstillstånd. [I certify that the above-mentioned substance/s for the above-named athlete has been/are to be administered as the correct treatment for the above-named medical condition.]

Underskrift av läkare [Signature of Medical Practitioner]: Datum [Date]:

Undertecknad ansöker om tillstånd att använda substanser som finns upptagna på RF:s dopinglista och försäkrar att informationen under 1. är riktig. Jag tillåter att aktuell medicinsk information om mig lämnas till RF:s Dopingkommission och dess Dispenskommitté, WADA:s Dispenskommitté (TUEC) och berörd personal, i enlighet med gällande regler. Jag är införstådd med att jag, om och när jag önskar återkalla denna rätt att inhämta upplysningar om mitt hälsotillstånd, skriftligen måste underrätta min läkare om detta.

För att dispensansökan ska kunna behandlas korrekt behöver vissa personuppgifter registreras med hjälp av datorteknik. Genom undertecknande av ansökan erhålls medgivande enligt Personuppgiftslagen (PuL), innebärande också att du har rätt att ta del av dina registrerade personuppgifter.

[I certify that the information under 1. is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the WADA Prohibited List. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization as well as to WADA staff and to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of the Anti-Doping Organization TUEC or WADA TUEC to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner in writing of that fact. In order to make it possible to handle the application correctly some of the personal data need to be recorded on computer. By signing the application you give your approval according to the Personal Information Act, which also entitles you to acquaint yourself with the registered data.]

Idrottsutövarens underskrift Athlete's signature: Datum [Date]:

Förälders/målsmans underskrift Parent's/Guardian's signature: Datum [Date]:

Om idrottsutövaren är minderårig eller har ett handikapp som hindrar honom/henne att skriva under formuläret ska en förälder eller målsman göra detta tillsammans med eller på vägnar av idrottsutövaren)

[If the athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete]

Noter [Notes]

Not 1 Diagnos. Underlag som styrker diagnosen måste bifogas och sändas med ansökan. Underlaget ska innehålla en uttömmande medicinsk historik och relevanta resultat av läkar- och laboratorieundersökningar m.m. Kopior av originalrapporter eller brev ska, om möjligt, inkluderas. Underlaget ska vara så objektivt som möjligt. I fall av icke påvisbara kliniska omständigheter ska en oberoende medicinsk bedömning stödja ansökan.

Note 1: Diagnosis. Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should 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. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.

Not 2 Specifikation av medicineringen. Här lämnas detaljer rörande alla förbjudna substanser eller metoder som berörs av ansökan. Generiska namn anges och dosering specificeras.

Note 2: Medication details. Provide details concerning all prohibited substances or methods for which approval is sought. Use generic names (INN) and specify medication dose.

Not 3 Om ett tillåtet läkemedel skulle kunna användas i behandlingen av idrottsutövarens sjukdomstillstånd, var god motivera varför det förbjudna läkemedlet ändå används.

Note 3: If a permitted medication can be used in the treatment of the athlete's medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

Var god sänd ifyllt formulär till RF:s Dopingkommission, Idrottens Hus, 114 73 Stockholm, och behåll en kopia av detsamma för att undvika eventuellt missförstånd.

Please submit the completed form to the Doping Commission of the Swedish Sports Confederation and keep a copy of the completed form for your records.

Ofullständiga ansökningar kommer att återsändas och måste inlämnas på nytt.

Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted.



Personnr [ID No]:

7. Dispenskommitténs beslut (tjänstenoteringar) [TUEC Decision (for office use only)]

Mottagningsdatum [Date Received]:

Ansökan komplett [Application Complete]: Ja [Yes] Nej [No]

Tjänstenoteringar [Office Notes]:

.....

.....

.....

Dispenskommitténs representant(er) [Name of TUEC Representative(s)]:

.....

Underskrift(er) [Signature(s)]:

.....

Datum [Date]: