

# Anmälan: Förenklad dispens

## Abbreviated Therapeutic Use Exemption

för medicinsk behandling med substanser som är förbjudna enligt gällande dopinglista och Riksidrottsförbundets (RF) dopingregler.  
[for the therapeutic use of a prohibited substance/s on the WADA List of Prohibited Substances and Prohibited Methods]

(beta-2-stimulerare och kortison för inhalation samt för lokal injektion med kortison)  
[beta-2 agonists and glucocorticosteroids by inhalation and local injection with glucocorticosteroids]

**OBS! Samtliga uppgifter måste vara ifyllda och läsbara (textat eller maskinskrivet) 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 <a href="http://www.rf.se">www.rf.se</a> 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. Ansvarig läkare [Notifying medical practitioner]

Namn, titel/behörighet, specialistkompetens [Name, qualifications and medical speciality]:	.....		
.....	.....		
.....	.....		
Adress [Address]:	.....		
Tel arbete [Tel Work]:	.....	Mobilnr [Mobile]:	.....
E-postadress [E-mail]:	.....	Fax nr [Fax]:	.....



Personnr [ID No]: .....

### 3. Medicinsk information [Medical information]

Diagnos [Diagnosis]: .....			
Förbjudna substanser [Prohibited Substance(s)]:	Dosering [Dose of administration]:	Administrationssätt [Route of administration]:	Frekvens [Frequency of administration]:

Behandlingens varaktighet [Anticipated duration of this medication plan]: .....

Ytterligare information [Additional information]: .....

### 4. 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 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 anmäler att jag använder 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.]

**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 for your records.

Ofullständiga ansökningar kommer att återsändas och måste inlämnas på nytt.

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