

# Antrag auf Medizinische Ausnahmegenehmigung

Für die Anwendung verbotener Substanzen und Methoden . 2021  
Therapeutic Use Exemption (TUE) Application Form

Streng vertraulich / Strictly confidential

Bitte alle Abschnitte vollständig & leserlich ausfüllen (Athleten\*innen: Abschnitte 1, 2, 3, 7. Ärzte\*innen: Abschnitte 4, 5, 6). Unleserliche oder unvollständige Anträge werden zurückgegeben und müssen lesbar und vollständig ausgefüllt neu eingereicht werden.

Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 2, 3 and 7; physician to complete sections 4, 5 and 6. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

## 1. Persönliche Angaben / Athlete Information

Nachname:..... Last name		Vorname(n):..... First Name(s)	
Weiblich <input type="checkbox"/> Female	Männlich <input type="checkbox"/> Male	Divers <input type="checkbox"/> Diverse	Geburtsdatum (tt/mm/jjjj):..... Date of birth
Adresse:..... Address			
PLZ:..... Postcode	Stadt:..... City	Land:..... Country	
Tel. (dienstlich):..... (work)		Tel. (privat):..... (home)	
Mobil(e):.....		E-Mail:.....	
Sportart:..... Sport		Disziplin:..... Discipline	
Sportfachverband:..... (Inter-)National Sport Organization		Testpool:..... Testing Pool	
Wenn Parasporthler*in, bitte Handicap angeben:..... If athlete with an impairment, please indicate impairment			

## 2. Frühere Anträge / Previous Applications

<b>Haben Sie vorherige bzw. weitere Anträge auf Medizinische Ausnahmegenehmigung für die gleiche Erkrankung bzw. Behandlung bei Anti-Doping-Organisationen eingereicht?</b> Have you submitted any previous TUE application(s) to any Anti-Doping Organization for the same condition?		
Ja <input type="checkbox"/> Yes	Nein <input type="checkbox"/> No	
Für welche Substanz(en) oder Methode(n)? For which substance(s) or method(s)? .....		
An welche Organisation? To whom? .....		
Wann? When? .....		
Entscheidung: Decision	Genehmigt <input type="checkbox"/> Approved	Nicht genehmigt <input type="checkbox"/> Not approved

**3. Retroaktiver Antrag / Retroactive Applications**

**Handelt es sich hierbei um einen retroaktiven Antrag?**

Is this a retroactive application?

Ja:       Nein:   
Yes                      No

Wenn ja, wann wurde die Behandlung begonnen?

If yes, on what date was the treatment started? .....

**Gilt eine der folgenden Ausnahmen? (Standard für Medizinische Ausnahmegenehmigungen 2021, Artikel 1.1):**

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

- 1.1 (a)** – Sie erhielten eine Notfallbehandlung oder die dringende Behandlung einer Erkrankung.  
4.1 (a) – You received emergency or urgent treatment of a medical condition.
- 1.1 (b)** – Fehlende Zeit, Gelegenheit oder andere außergewöhnliche Umstände hinderten Sie daran, Ihren Antrag auf Medizinische Ausnahmegenehmigung vor der Probenahme zu stellen.  
4.1 (b) – There was insufficient time, opportunity or other exceptional circumstances that prevented you from submitting the TUE application, or having it evaluated, before getting tested.
- 1.1 (c)** – Ihnen war gemäß den Anti-Doping-Bestimmungen der NADA nicht gestattet, oder es war gemäß den Anti-Doping-Bestimmungen der NADA nicht erforderlich, im Voraus eine Medizinische Ausnahmegenehmigung zu beantragen.  
4.1 (c) – You were not permitted or required to apply in advance for a TUE as per NADA’s anti-doping rules.
- 1.1 (d)** – Sie sind Athlet\*in eines niedrigeren Leistungsniveaus oder kein\*e Testpool-Athlet\*in, unterliegen nicht der Zuständigkeit eines internationalen Sportfachverbands oder einer Nationalen Anti-Doping-Organisation und wurden einer Dopingkontrolle unterzogen.  
4.1 (d) – You are a lower-level athlete who is not under the jurisdiction of an International Federation or National Anti-Doping Organization and were tested.
- 1.1 (e)** – Bei Ihnen wurde in einer Dopingkontrolle eine Substanz, die nur innerhalb des Wettkampfs verboten ist, nachgewiesen, nachdem Sie sie außerhalb des Wettkampfs angewendet haben. (Siehe Klasse S6 bis S9 der Verbotsliste, z. B. S9. Glucocorticoide).  
4.1 (e) – You tested positive after using a substance Out-of-Competition that was only prohibited In-Competition (See S6 to S9 of the Prohibited List; e.g. S9 glucocorticoids).

**Bitte erläutern (Wenn notwendig, weitere Dokumente beifügen):**

Please explain (if necessary, attach further documents)

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

**Andere retroaktive Anträge (Standard für Medizinische Ausnahmegenehmigungen 2021, Artikel 1.3)**

Other Retroactive Applications (ISTUE Article 4.3)

In seltenen Ausnahmefällen und abweichend von anderen Regelungen im Standard für Medizinische Ausnahmegenehmigungen kann ein\*e Athlet\*in rückwirkend eine Medizinische Ausnahmegenehmigung beantragen und erhalten, wenn es nach Sinn und Zweck des Nationalen Anti-Doping Code offenbar ungerecht wäre, eine rückwirkende Medizinische Ausnahmegenehmigung nicht zu erteilen.

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.

Bitte fügen Sie für die Beantragung gemäß Artikel 1.3 eine vollständige Argumentation ein und fügen Sie alle notwendigen Unterlagen bei.

In order to apply under Article 4.3, please include a full reasoning and attach all necessary supporting documentation.

.....

.....

.....

<b>Voraussichtlich nächster Wettkampf:</b> Date of next competition	Datum: ..... Date
------------------------------------------------------------------------	----------------------

**Als Ärztin\*Arzt bitte Abschnitte 4, 5 und 6 ausfüllen.**

**4. Medizinische Information / Medical Information** (bitte relevante medizinische Dokumentation beifügen / please attach relevant medical documentation)

**Diagnose (wenn möglich, bitte gemäß aktueller WHO ICD-11 Klassifizierung):**  
Diagnosis (Please use the WHO ICD 11 classification if possible):

.....

.....

Dem Antrag müssen Nachweise zur Bestätigung der Diagnose beigelegt werden. Die medizinische Dokumentation muss folgendes im Original oder in Kopie beinhalten: eine gutachterliche Stellungnahme der\*des behandelnden Ärztin\*Arztes bzw. der behandelnden Ärzte\*innen zum Krankheitsbild mit Vorgeschichte, Befunden (z.B. Laborergebnisse, bildgebende Untersuchungen), Krankheitsverlauf, aktueller Medikation und möglicher Behandlungsdauer. Diagnose und Therapie sollten nach wissenschaftlichen Kriterien stimmig sein. Die NADA kann weitere Gutachten hinzuziehen; die Kosten gehen zu Lasten der\*des Antragstellers\*in.

Falls eine erlaubte Medikation zur Behandlung der Erkrankung angewendet werden kann, geben Sie bitte eine Begründung für die Medizinische Ausnahmegenehmigung für die verbotene Medikation an.

Von der WADA herausgegebene TUE-Checklisten zur Unterstützung der TUE-Beantragung verbotener Substanzen bei verschiedenen Krankheitsbildern sind auf der Website der WADA unter <https://www.wada-ama.org> und Suche nach „Checklist“ zu finden.

Evidence confirming 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 the diagnosis, key elements of the clinical exams, 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. These can be accessed by entering the search term "Checklist" on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>.

**5. Angaben zur Medikation / Medication Details**

<b>Name(n) und Wirkstoff(e) des Medikaments/der Medikamente</b> <small>Prohibited Substance(s)/Method(s) Generic name(s)</small>	<b>Dosierung</b> <b>[z.B. 0,2 mg]</b> <small>Dosage</small>	<b>Verabreichungsart [z.B. oral, i.m. etc.]</b> <small>Route of administration</small>	<b>Häufigkeit der Verabreichung</b> <small>Frequency</small>	<b>Behandlungsdauer</b> <small>Duration of treatment</small>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

**6. Erklärung des\*der Ärztin\*Arztes / Medical Practitioner's Declaration**

Hiermit bestätige ich, dass die Angaben unter den Abschnitten 4 und 5 wahrheitsgemäß sind. Ich erkenne an und willige ein, dass meine personenbezogenen Daten von Anti-Doping-Organisationen (ADO) verwendet werden dürfen, um mich bezüglich dieses Antrags auf Medizinische Ausnahmegenehmigung zu kontaktieren, um die fachgerechte Bewertung in Verbindung mit dem TUE-Verfahren oder in Verbindung mit Untersuchungen und Verfahren zu Verstößen gegen Anti-Doping-Bestimmungen zu prüfen. Ferner erkenne ich an und willige ein, dass meine personenbezogenen Daten zu diesen Zwecken in *ADAMS (Anti-Doping Administration and Management System)*, welches von der WADA zur Verfügung gestellt wird und dessen Server in Kanada betrieben werden, verarbeitet werden können (siehe <https://www.nada.de/datenschutz/> und *ADAMS Privacy Policy* für weitere Details).

I certify that the information in sections 4 and 5 above is accurate. I acknowledge and agree that my personal information may be used by Anti-Doping Organization(s) (ADO) 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 and 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 <https://www.nada.de/en/data-security/> and the ADAMS Privacy Policy for more details).

Name:..... <small>Name</small>	
Qualifikation / medizinische Fachrichtung:..... <small>Medical specialty</small>	
LANR:..... <small>License number</small>	Ausstellende Organisation:..... <small>License body</small>
Adresse:..... <small>Address</small>	
Tel.:..... Fax:.....	
E-Mail:.....	
Unterschrift und Stempel des*der Ärztin*Arztes:..... <small>Signature of Medical Practitioner</small>	Datum:..... <small>Date</small>

## 7. Erklärung des\*der Athleten\*in / Athlete's Declaration

Hiermit bestätige ich, ....., die Richtigkeit und Vollständigkeit der unter den Abschnitten 1, 2, 3 und 7 gemachten Angaben. Die nachfolgenden Informationen habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

### I. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich stimme zu, dass mein behandelndes ärztliches Fachpersonal den Anti-Doping-Organisationen (ADO), die für die Entscheidung über die Gewährung, Ablehnung oder Anerkennung meiner Medizinischen Ausnahmegenehmigung (engl. *Therapeutic Use Exemption*, kurz TUE) verantwortlich sind – die Welt Anti-Doping Agentur (WADA), die dafür verantwortlich ist, dass die von den ADO getroffenen Entscheidungen den *International Standard for Therapeutic Use Exemptions* (ISTUE) einhalten; die Ärzte\*innen, die Mitglieder der relevanten ADO und der Komitees für Medizinische Ausnahmegenehmigungen (TUEC) der WADA sind, die meinen Antrag in Übereinstimmung mit dem Welt Anti-Doping Code (WADC) und den Internationalen Standards überprüfen müssen; und, falls zur Beurteilung meines Antrags erforderlich, andere unabhängige medizinische, wissenschaftliche oder juristische Experten\*innen – gesundheitsbezogene Daten zukommen lassen darf, die sie zur Prüfung und Beurteilung meines Antrages auf Medizinische Ausnahmegenehmigung (kurz TUE-Antrag) für zwingend notwendig erachten.

### II. Einwilligung in die Datenverarbeitung

#### A. Verantwortliche Stelle:

Verantwortlich ist die NADA, und das Antragsverfahren ist in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht durchzuführen.

Konkret erfolgt die Verarbeitung personenbezogener Daten im Zuge der Bearbeitung einer TUE gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und geltendem nationalen (Datenschutz-)Recht (z. B. dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), dem Gesetz gegen Doping im Sport (AntiDopG)) sowie gemäß den Bestimmungen des WADC bzw. des Nationalen Anti-Doping Code (NADC), des ISTUE bzw. Standards für Medizinische Ausnahmegenehmigungen (SfMA) und/oder des *International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information* (ISPPPI) bzw. Standards für Datenschutz (SfDS).

#### B. Arten von personenbezogenen Daten:

Die von Ihnen oder Ihrem\*r Arzt\*Ärztin bzw. Ihren Ärzten\*innen auf dem TUE-Antragsformular gemachten Angaben (einschließlich Ihres Namens, Geburtsdatums, Ihrer Kontaktdaten, Sportart und Disziplin, der Diagnose, Medikation und Behandlung, die für Ihren Antrag relevant sind);

Unterstützende medizinische Informationen und Aufzeichnungen, die von Ihnen oder Ihrem\*r Arzt\*Ärztin bzw. Ihren Ärzten\*innen zur Verfügung gestellt werden; und

Beurteilungen und Entscheidungen über Ihren TUE-Antrag durch Anti-Doping-Organisationen (einschließlich der WADA) und deren TUECs und andere TUE-Experten\*innen, einschließlich der Kommunikation mit Ihnen und Ihrem\*r Arzt\*Ärztin bzw. Ihren Ärzten\*innen, relevanten Anti-Doping-Organisationen oder unterstützendem Personal bezüglich Ihres Antrags.

#### C. Zwecke der Verarbeitung:

Mir ist bekannt, dass die zuvor gemachten Angaben ausschließlich zur Begutachtung meines TUE-Antrages sowie im Zusammenhang mit Ermittlungen und Verfahren wegen eines möglichen Verstoßes gegen Anti-Doping-Bestimmungen genutzt werden. Ich stimme ausdrücklich zu, dass diese Daten zum Nachweis, zur Durchführung und zur Verteidigung in einem Rechtsverfahren, an dem ich, die WADA oder eine Anti-Doping-Organisation beteiligt sind, genutzt werden können.

#### D. Empfänger, Weiterleitung und Speicherung:

Hiermit gestatte ich die Herausgabe aller den TUE-Antrag betreffenden medizinischen Informationen und gesundheitsbezogenen Daten zur Vorlage bei autorisiertem Personal der NADA, der WADA und anderer Anti-Doping-Organisationen, insbesondere deren TUECs sowie medizinischen oder wissenschaftlichen Experten\*innen, sofern erforderlich. Diese Personen unterliegen einer beruflichen oder vertraglichen Verpflichtung zur Vertraulichkeit.

Soweit dies erforderlich ist, stimme ich der Weiterleitung der Entscheidung über meinen TUE-Antrag an alle Anti-Doping-Organisationen oder andere Organisationen zu, unter deren Zuständigkeit ich falle, sei es bei der Probenahme oder im Ergebnismanagement.

Mir ist bekannt, dass die Empfänger möglicherweise außerhalb meines Wohnsitzstaates angesiedelt sind. Die Datenschutzbestimmungen oder Persönlichkeitsrechte können dort von denen in meinem Wohnsitzstaat abweichen.

Mir ist bewusst, dass meine Daten in ADAMS\* (*Anti-Doping Administration and Management System*), welches von der WADA zur Verfügung gestellt wird und dessen Server in Kanada betrieben werden, entsprechend den zeitlichen Vorgaben des ISPPPI bzw. des SfDS gespeichert werden können. TUE-Urkunden oder Entscheidungen über Ablehnungen werden 10 Jahre lang aufbewahrt. TUE-Antragsformulare und zusätzliche medizinische Informationen werden 12 Monate lang nach Ablauf der TUE aufbewahrt. Unvollständige TUE-Anträge werden für 12 Monate aufbewahrt.

*\* Die Stiftung Nationale Anti Doping Agentur Deutschland (NADA) stellt in Verbindung mit der Vergabe von TUEs nur die zur Erfüllung Ihrer Verpflichtungen gemäß WADC und dem ISTUE zwingend erforderlichen Daten in ADAMS ein. Ein Hochladen sensibler medizinischer Daten wie beispielsweise ärztlicher Befunde, der Diagnostik etc. findet nicht statt. Diese werden auf Nachfrage ausschließlich per verschlüsselter E-Mail an die WADA oder andere Anti-Doping-Organisationen (insb. Internationale Sportfachverbände) weitergeleitet, sofern sie ein berechtigtes Interesse nachweisen wie beispielsweise zur Anerkennung einer TUE.*

#### **E. Betroffenenrechte:**

Es besteht ein Recht auf Auskunft seitens der\*des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung. Ferner besteht ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit sowie ein Beschwerderecht. Entsprechende Anfragen sind schriftlich bei der NADA ([datenschutz@nada.de](mailto:datenschutz@nada.de)), der WADA ([privacy@wada-ama.org](mailto:privacy@wada-ama.org)) oder gemäß Art. 77 DS-GVO an die Datenschutzaufsichtsbehörde meines Landes zu richten, wenn ich der Ansicht bin, dass meine Daten nicht entsprechend den Vorgaben aus dieser Einwilligung, dem ISTUE, dem ISPPPI und dem SfDS verwendet werden.

#### **F. Widerruf:**

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung freiwillig erfolgt und jederzeit von mir bzw. meiner gesetzlichen Vertretung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Der Widerruf ist schriftlich an die NADA und das behandelnde ärztliche Fachpersonal zu richten. Mir ist bekannt, dass meine TUE bei Widerruf meiner Zustimmung oder Widerspruch gegen die Verarbeitung meiner Daten wahrscheinlich abgelehnt wird, da die ADO nicht in der Lage ist/sind, den TUE-Antrag in Übereinstimmung mit dem WADC und den Internationalen Standards ordnungsgemäß zu beurteilen.

Mir ist weiterhin bekannt, und ich stimme zu, dass bei einem Widerruf meiner Einwilligung die TUE-relevanten Daten, die vor diesem Widerruf eingereicht wurden, im Rahmen einer Überprüfung von möglichen Verstößen gegen Anti-Doping-Bestimmungen aufbewahrt werden können, sofern dies vom WADC, den Nationalen oder Internationalen Standards oder dem AntiDopG vorgeschrieben ist.

#### **G. Sonstiges:**

Mir ist bekannt, dass ich meine\*n behandelnde\*n Ärztin\*Arzt bzw. meine behandelnden Ärzte\*innen und die jeweilige ADO schriftlich informieren muss, sofern ich weitere Informationen über die Verwendung meiner gesundheitsbezogenen Daten erhalten möchte.

Mir ist bekannt, dass die oben genannten Organisationen und deren Mitarbeiter dem AntiDopG oder anderen anwendbaren Rechtsvorschriften unterliegen können, die meiner Einwilligung übergeordnet sind, und aufgrund derer Gerichten, Strafverfolgungsbehörden oder anderen öffentlichen Behörden Daten zugänglich gemacht werden können. Für weiterführende Informationen über nationale Anti-Doping-Gesetze kann ich mich an meinen Internationalen Verband oder die NADA wenden.

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Diese wurden vollständig und umfassend beantwortet.

I, ....., certify that the information set out at sections 1, 2, 3 and 7 is accurate and complete.

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 NADA Germany 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.

#### TUE PRIVACY NOTICE

This Notice describes the personal information processing that will occur in connection with your submission of a TUE Application.

#### TYPES OF PERSONAL INFORMATION (PI)

- The information provided by you or your physician(s) on the TUE Application Form (including your name, date of birth, contact details, sport and discipline, the diagnosis, medication, and treatment relevant to your application);
- Supporting medical information and records provided by you or your physician(s); and
- Assessments and decisions on your TUE application by ADOs (including WADA) and their TUE Committees and other TUE experts, including communications with you and your physician(s), relevant ADOs or support personnel regarding your application.

#### PURPOSES & USE

Your PI will be used in order to process and evaluate the merits of your TUE application in accordance with the International Standard for Therapeutic Use Exemptions. In some instances, it could be used for other purposes in accordance with the World Anti-Doping Code (Code), the International Standards, and the anti-doping rules of ADOs with authority to test you. This includes:

- Results management, in the event of an adverse or atypical finding based on your sample(s) or the Athlete Biological Passport; and
- In rare cases, investigations, or related procedures in the context of a suspected Anti-Doping Rule Violation (ADRV).

#### TYPES OF RECIPIENTS

Your PI, including your medical or health information and records, may be shared with the following:

- ADO(s) responsible for making a decision to grant, reject, or recognize your TUE, as well as their delegated third parties (if any). The decision to grant or deny your TUE application will also be made available to ADOs with testing authority and/or results management authority over you;
- WADA authorized staff;
- Members of the TUE Committees (TUECs) of each relevant ADO and WADA; and
- Other independent medical, scientific or legal experts, if needed.

Note that due to the sensitivity of TUE information, only a limited number of ADO and WADA staff will receive access to your application. ADOs (including WADA) must handle your PI in accordance with the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI). You may also consult the ADO to which you submit your TUE application to obtain more details about the processing of your PI.

Your PI will also be uploaded to ADAMS by the ADO who receives your application so that it may be accessed by other ADOs and WADA as necessary for the purposes described above. ADAMS is hosted in Canada and is operated and managed by WADA. For details about ADAMS, and how WADA will process your PI, consult the ADAMS Privacy Policy (ADAMS Privacy Policy).

#### FAIR & LAWFUL PROCESSING

When you sign the Athlete Declaration, you are confirming that you have read and understood this TUE Privacy Notice. Where appropriate and permitted by applicable law, ADOs and other parties mentioned above may also consider that this signature confirms your express consent to the PI processing described in this Notice. Alternatively, ADOs and these other parties may rely upon other grounds recognized in law to process your PI for the purposes described in this Notice, such as the important public interests served by anti-doping, the need to fulfill contractual obligations owed to you, the need to ensure compliance with a legal obligation or a compulsory legal process, or the need to fulfill legitimate interests associated with their activities.

#### RIGHTS

You have rights with respect to your PI under the ISPPPI, including the right to a copy of your PI and to have your PI corrected, blocked or deleted in certain circumstances. You may have additional rights under applicable laws, such as the right to lodge a complaint with a data privacy regulator in your country.

Where the processing of your PI is based on your consent, you can revoke your consent at any time, including the authorization to your physician to release medical information as described in the Athlete Declaration. To do so, you must notify your ADO and your physician(s) of your decision. If you withdraw your consent or object to the PI processing described in this Notice, your TUE will likely be rejected as ADOs will be unable to properly assess it in accordance with the Code and International Standards.

In rare cases, it may also be necessary for ADOs to continue to process your PI to fulfill obligations under the Code and the International Standards, despite your objection to such processing or withdrawal of consent (where applicable). This includes processing for investigations or proceedings related to ADRV, as well as processing to establish, exercise or defend against legal claims involving you, WADA and/or an ADO.

#### SAFEGUARDS

All the information contained in a TUE application, including the supporting medical information and records, and any other information related to the evaluation of a TUE request must be handled in accordance with the principles of strict medical confidentiality. Physicians who are members of a TUE Committee and any other experts consulted must be subject to confidentiality agreements.

Under the ISPPPI, ADO staff must also sign confidentiality agreements, and ADOs must implement strong privacy and security measures to protect your PI. The ISPPPI requires ADOs to apply higher levels of security to TUE information, because of the sensitivity of this information. You can find information about security in ADAMS by consulting the response to How is your information protected in ADAMS? in our ADAMS Privacy and Security FAQs.

#### RETENTION

Your PI will be retained by ADOs (including WADA) for the retention periods described in Annex A of the ISPPPI. TUE certificates or rejection decisions will be retained for 10 years. TUE application forms and supplementary medical information will be retained for 12 months from the expiry of the TUE. Incomplete TUE applications will be retained for 12 months.

#### CONTACT

Consult NADA Germany at [datenschutz@nada.de](mailto:datenschutz@nada.de) for questions or concerns about the processing of your PI. To contact WADA, use [privacy@wada-ama.org](mailto:privacy@wada-ama.org).

**Unterschrift der\*des Athleten\*in**.....**Datum:** .....  
Athlete's signature Date

[Bei Minderjährigen oder in der Geschäftsfähigkeit Beschränkten]

**Unterschrift der\*des Erziehungsberechtigten bzw. der\*des gesetzlichen Vertreters\*in:**

Parent's / Guardian's signature (if the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him / her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

.....**Datum:**.....  
Date

Bitte übersenden Sie nur vollständige Anträge auf dem Postweg an die **NADA, Ressort Medizin (Vertraulich), Heussallee 38 in 53113 Bonn** oder vorab per Fax an **+49 (0) 228 / 812 92 239**. Unvollständige Anträge werden zurückgesandt und müssen erneut eingereicht werden.

Bitte fertigen Sie für Ihre Unterlagen eine Kopie der vollständigen Antragsunterlagen an und bewahren Sie diese auf.

Please submit the completed form by mail to NADA, Ressort Medizin (confidential), Heussallee 38, 53113 Bonn, or in advance by fax to +49 (0) 228 / 812 92 239 (keeping a copy for your records).

Für Rückfragen hierzu stehen wir Ihnen gerne unter der Telefonnummer +49 (0) 228 / 812 92 - 132 oder per E-Mail# unter [medizin@nada.de](mailto:medizin@nada.de) zur Verfügung.

*\*In Ihrem eigenen Interesse beachten Sie bitte, dass herkömmliche E-Mails nicht gegen den Zugriff Dritter geschützt sind und deshalb die Vertraulichkeit gegenüber Unbefugten unter Umständen nicht gewahrt ist.*

Please consult NADA Germany at +49 (0) 228 / 812 92 - 132 (phone) or [medizin@nada.de](mailto:medizin@nada.de) (e-mail) for questions.

*\* Please note, in your own interest, that conventional e-mails are not protected against access by third parties and therefore, confidentiality against unauthorized persons may not be ensured.*