

# Aanvraag "Toestemming wegens therapeutische noodzaak" (TTN)



Departement Cultuur, Jeugd, Sport en Media

Medisch Verantwoord Sporten  
Arenbergstraat 9, 1000 BRUSSEL

Tel: 02-553 35 20 Fax: 02-553 36 50  
E-mail: dopinglijn@vlaanderen.be

IN TE VULLEN IN DRUKLETTERS bij manuele invulling

## Gegevens van de sporter (in te vullen door de sporter)

voornaam en naam .....

adres .....

telefoonnummer .....

man  vrouw

geboortedatum dag   maand   jaar

e-mailadres .....

sporttak .....

sportdiscipline .....

internationale en nationale sportfederatie .....

Indien de atleet een handicap heeft, gelieve de handicap te vermelden: .....

## Gegevens behandelende arts (in te vullen door de behandelende arts)

naam, titulatuur en specialisme .....

adres .....

telefoonnummer .....

faxnummer .....

e-mailadres .....

## Gegevens over het geneesmiddelengebruik (in te vullen door de behandelende arts)

diagnose .....

Verboden stof(fen) (generische benaming)	Dosis	Wijze	Frequentie
1.			
2.			
3.			

Geplande duur van de behandeling:

eenmalig gebruik  noodgeval of gedurende (week/maand) .....

Hebt u al eerder een aanvraag "toestemming wegens therapeutische noodzaak" ingediend?  ja  neen

voor welk middel? .....

bij wie? .....

wanneer? .....

beslissing?  goedgekeurd

niet goedgekeurd

**Relevante informatie**

Het bewijs dat de diagnose bevestigd, moet aan deze aanvraag gehecht worden en er samen mee opgestuurd worden. Het medische bewijs moet een uitgebreide medische geschiedenis bevatten en de resultaten van alle relevante onderzoeken, laboratorium- en medische beeldvormingsonderzoeken. Als dat mogelijk is, voegt u kopieën van originele verslagen of brieven toe zodat het bewijs zo objectief mogelijk is in de klinische omstandigheden. In geval van niet-aantoonbare aandoeningen voegt u een onafhankelijke ondersteunende medische opinie bij deze aanvraag.

Als ook toegelaten geneesmiddelen gebruikt kunnen worden om de aandoening te behandelen, geeft u een klinische verantwoording voor het gebruik van de verboden geneesmiddelen.

**Verklaring van de behandelende arts**

Ik, dr. \_\_\_\_\_ verklaar dat de voormelde behandeling medisch

noodzakelijk is, en dat het gebruik van alternatieve geneesmiddelen die niet op de verboden lijst staan, ontoereikend zou zijn voor deze aandoening.

handtekening van de behandelende arts

datum dag   maand   jaar

**Verklaring van de sporter**

Ik, \_\_\_\_\_ verklaar dat mijn gegevens correct zijn en dat ik de

goedkeuring vraag om een middel of methode van de verboden lijst van het WADA te gebruiken. Ik laat toe dat persoonlijke medische informatie vrijgegeven wordt aan de antidopingorganisatie (ADO), en aan het personeel van het WADA, het TUEC (Comité voor de Uitzondering voor Therapeutisch Gebruik) van het WADA, en aan andere ADO's volgens de bepalingen van de WADA-code. Ik begrijp dat, als ik ooit het recht van deze organisaties om mijn gezondheidsinformatie te verkrijgen wens te herroepen, ik mijn arts en mijn ADO daarvan schriftelijk op de hoogte moet brengen.

handtekening van de sporter

datum dag   maand   jaar

Als de sporter minderjarig is of een handicap heeft waardoor hij dit formulier niet kan ondertekenen, ondertekent een ouder of voogd samen met of voor de atleet.

handtekening van de ouder/wettelijke  
vertegenwoordiger

datum dag   maand   jaar

aantal bijlagen \_\_\_\_\_

**Onvolledige aanvragen worden teruggestuurd en zullen opnieuw ingediend moeten worden.**

**Gelieve het ingevulde formulier in te dienen bij het secretariaat van de commissie (voor adres: zie hoofding blz. 1) en een kopie voor uzelf te bewaren.**

Uw persoonsgegevens worden verwerkt conform de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.