

## Raviotstarbelise kasutamise erandi (TUE) taotlus

Palun täitke kõik lahtrid suurte tähtedega. Sportlane täidab punktid 1, 5, 6 ja 7; arst täidab punktid 2, 3 ja 4. Loetamatud või pooleldi täidetud taotlused tagastatakse ning need tuleb esitada uuesti loetavana ja täidetuna.

### 1. Sportlase andmed

Perekonnanimi: .....		Eesnimed:.....	
Naine	Mees	Sünniaeg (p/k/a): .....	
Aadress: .....			
Linn: .....		Riik: .....	Postiindeks: .....
Tel.: .....		E-post: .....	
<i>(rahvusvahelise suunakoodiga)</i>			
Spordiala:.....		Distipliin: .....	
Rahvusvaheline või riiklik spordiorganisatsioon: .....			
Puudega sportlase korral osutada puue: .....			

### 2. Terviseandmed (vajaduse korral jätkake eraldi lehel)

Diagnoos:

Kui haigusseisundit saab ravida lubatud ravimiga, palun esitage meditsiiniline põhjendus, miks on vaja kasutada keelatud ravimit.

<b>Märkus</b>	<p>Diagnoos</p> <p><i>Diagnoosi kinnitava tõendid lisatakse taotlusele ja esitatakse koos sellega. Meditsiinilised tõendid peavad hõlmama põhjalikku haiguslugu ning kõikide asjakohaste läbivaatuste, laboratoorsete uuringute ja piltdiagnostiliste uuringute tulemusi. Võimaluse korral tuleks lisada algdokumentide või kirjade koopiad. Tõendid peaks olema kliinilisi asjaolusid arvestades võimalikult erapooletud. Kui tegemist on seisunditega, mida ei saa tõendada, lisatakse taotlusele seda toetav sõltumatu arstlik arvamus.</i></p>
---------------	--

### 3. Ravimi andmed

<b>Keelatud aine(d): geneeriline nimetus</b>	<b>Doos</b>	<b>Manustamise viis</b>	<b>Sagedus</b>	<b>Ravi kestus</b>
1.				
2.				
3.				

### 4. Arsti avaldus

Kinnitan, et punktides 2 ja 3 esitatud teave on täpne ning eelnimetatud ravi on meditsiiniliselt põhjendatud.

**Nimi:**.....

**Meditsiinieriala:** .....

**Adress:** .....

**Tel.:**..... **Faks:** .....

**E-post:** .....

**Arsti allkiri (soovitav):** ..... **Kuupäev:** .....

## 5. Tagasiulatuvad taotlused

<p><b>Kas tegemist on tagasiulatuva taotlusega?</b></p> <p><b>Jah:</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Ei:</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Kui jah, siis mis kuupäeval ravi alustati?</p> <p>_____</p>	<p><b>Palun märkige põhjus:</b></p> <p>Vajalik oli erakorraline ravi või ägeda haigusseisundi ravi <input type="checkbox"/></p> <p>Muudel erandlikel asjaoludel ei olnud piisavalt aega või võimalust esitada taotlust enne proovi võtmist <input type="checkbox"/></p> <p>Kehtivate reeglite kohaselt ei ole eelnev taotlus nõutav <input type="checkbox"/></p> <p>Muu põhjus <input type="checkbox"/></p> <p>Palun täpsustage:</p>
---	--

## 6. Varasemad taotlused

<p><b>Kas olete varem esitanud TUE taotlust (taotlusi)?</b> Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p> <p>Millise aine või võtte kohta?</p> <p>_____</p> <p>Kellele? _____ Millal? _____</p> <p>Otsus: rahuldati <input type="checkbox"/> ei rahuldatud <input type="checkbox"/></p>
--

## 7. Sportlase avaldus

Mina, \_\_\_\_\_, kinnitan, et punktides 1, 5 ja 6 esitatud teave on täpne. Luban oma terviseandmeid edastada dopinguvastasele organisatsioonile, samuti WADA volitatud töötajatele, WADA raviotstarbelise kasutamise erandite komiteele (TUEK) ning teiste dopinguvastaste organisatsioonide TUEKidele ja volitatud töötajatele, kellel võib olla õigus saada nimetatud teavet maailma dopinguvastase koodeksi (*koodeks*) ja/või raviotstarbelise kasutamise erandite rahvusvahelise standardi alusel.

Olen nõus sellega, et minu arst edastab (arstid edastavad) eespool märgitud isikutele mis tahes terviseandmeid, mida nimetatud isikud peavad vajalikuks minu taotluse arutamiseks ja lahendamiseks.

Mõistan, et minu andmeid kasutatakse üksnes minu raviotstarbelise kasutamise erandi taotluse hindamiseks ning dopinguvastase reegli võimaliku rikkumise uurimise ja menetluse raames. Mõistan, et kui ma soovin 1) saada lisateavet minu terviseandmete kasutamise kohta, 2) kasutada oma õigust saada andmetele juurdepääs ja neid parandada või 3) tühistada nimetatud organisatsioonide õigus saada minu terviseandmeid, pean teavitama sellest kirjalikult oma arsti ja dopinguvastast organisatsiooni. Mõistan seda ja olen nõus sellega, et enne minu nõusoleku tagasivõtmist esitatud raviotstarbelise kasutamise erandiga seotud teavet võib olla vajalik säilitada üksnes võimaliku dopinguvastase reegli rikkumise tõendamiseks, kui see on *koodeksi* kohaselt nõutav.

Olen nõus sellega, et taotluse kohta langetatud otsus tehakse kättesaadavaks kõikidele mind testima õigustatud ja/või minu tulemusi haldama õigustatud dopinguvastastele või muudele organisatsioonidele.

Mõistan seda ja arvestan sellega, et isikud, kes saavad minu andmeid ja selle taotluse kohta langetatud otsuse, ei pruugi asuda minu elukohariigis. Mõnes muus riigis ei pruugi andmekaitset ja eraelu puutumatust käsitlevad õigusaktid olla samaväärsed minu elukohariigis kehtivate õigusaktidega.

Mõistan seda, et kui ma leian, et minu isikuandmeid ei kasutata kooskõlas käesoleva nõusoleku ning eraelu puutumatuse ja isikuandmete kaitse rahvusvahelise standardiga, võin esitada kaebuse kas WADALE või spordiarbitraažikohtule.

**Sportlase allkiri:** \_\_\_\_\_ **Kuupäev:** \_\_\_\_\_

**Vanema/eestkostja allkiri:** \_\_\_\_\_ **Kuupäev:** \_\_\_\_\_

(Kui sportlane on alaealine või sellise puudega, mis ei võimalda tal taotlust allkirjastada, allkirjastab taotluse sportlase nimel vanem või eestkostja.)

**Nõuetele mittevastavad taotlused tagastatakse ja need tuleb uuesti esitada.**

Eesti Antidoping, Maakri 28a, 10145 Tallinn – tel: 6825985/ fax:6825986 – [info@antidoping.ee](mailto:info@antidoping.ee)

[www.antidoping.ee/tue](http://www.antidoping.ee/tue)