

**Laufende Medikation, Nahrungsergänzungsmittel und  
kurzfristig eingenommene Medikamente/verabreichte Substanzen**

\_\_\_\_\_ (Name Sportler) \_\_\_\_ (Blatt-Nr)

Diagnose/ Grund der Einnahme	Name des Medikamentes (Handelsname + Wirkstoff)	Anwendungsart (Tablette/Spray/ Salbe/Spritze)	Dosierung (z.B. mg)	Häufigkeit (z.B. Stück pro Tag)	Beginn und Ende der Einnahme (von ... bis ...)	TUE erforderlich? Beantragt bei? am? sonstige Bemerkungen	Unterschrift Verordnender Arzt oder Hausarzt

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

SPORTLER (ATHLETE) \_\_\_\_\_ (Datum+ Unterschrift)

DBS SPORTSARZT – GESEHEN (Unterschrift + Stempel)	
--	--

**Laufende Medikation, Nahrungsergänzungsmittel und  
kurzfristig eingenommene Medikamente/verabreichte Substanzen**

\_\_\_\_\_ (Name Sportler) \_\_\_\_ (Blatt-Nr)

<b>Diagnose/ Grund der Einnahme</b>	<b>Name des Medikamentes (Handelsname + Wirkstoff)</b>	<b>Anwendungsart (Tablette/Spray/ Salbe/Spritze)</b>	<b>Dosierung (z.B. mg)</b>	<b>Häufigkeit (z.B. Stück pro Tag)</b>	<b>Beginn und Ende der Einnahme (von ... bis ...)</b>	<b>TUE erforderlich? Beantragt bei? am? sonstige Bemerkungen</b>	<b>Unterschrift Verordnender Arzt oder Hausarzt</b>

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

SPORTLER (ATHLETE) \_\_\_\_\_ (Datum+ Unterschrift)

DBS SPORTSARZT – GESEHEN (Unterschrift + Stempel)	_____
--	-------