

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus.
Diese Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz.

Vielen Dank!

1.	Aktiver Leistungssport:	von	bis
2.	Sportclub / Sportverein:		
	Ort:		
3.	Sportart:		
	Kaderkreis:		
4.	Trainer:		
5.	Sportliche Erfolge/ Medaillen / Bestleistungen		

Angaben zur Dopingvergabe		
6.1	Welche Dopingmittel wurden Ihnen verabreicht?	
6.2	Bitte geben Sie Vergabezeiträume und deren Intervalle an.	

6.3	In welchem trainingsmethodischen Zusammenhang erfolgte die Verabreichung der „UM“? (z.B. UWV u.ä.)	
6.4	Wer verabreichte Ihnen die „UM“?	
6.5	Wer war damals Ihr behandelnder Sportmediziner?	

Angaben zur Schädigung/ zu gesundheitlichen Problemen

7.1	vermutliche Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der „UM“-Vergabe		Bitte freilassen, wenn kein gesundheitlicher Schaden vorliegt.
7.2	gutachterlich bestätigte Gesundheitsschäden in Zusammenhang mit der „UM“-Vergabe		Bitte freilassen, wenn kein gesundheitlicher Schaden vorliegt

Angaben zur sozialen Absicherung

8.1	Grad der Behinderung	10 – 20 %	30 – 45 %	50 – 70 %	75 – 100 %	keinen	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.2	Pflegestufe (gesetzliche bzw. private Pflegeversicherung)	1	2	3	Härtefall	keine	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8.3	Anerkannt nach Doping-Opfer-Hilfe-Gesetz	ja	nein			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8.4	Entschädigungszahlung durch DOSB / Jenapharm (auch als „Nachzügler“)	ja	nein			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8.5	Erwerbsminderungs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente / Berufsunfähigkeitsrente	ja	nein	Rentenversicherung		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gesetzlich	privat	
	Grad der Erwerbsminderung:					
8.6	Rente nach OEG (Opfer-Entschädigungs-Gesetz)	ja	nein	wenn ja: seit (Jahr):	ab- gelehnt	in Beantra- gung
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	Altersrente	ja	nein			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Mitteilungen / Anregungen:	
Datenschutz: "Hiermit gebe ich die Erlaubnis, meine persönlichen Daten unter Beachtung der geltenden Datenschutz-Bestimmungen ausschließlich im Sinne einer sozial- und entschädigungsrechtlichen Verwendung zur Verfügung zu stellen."	
Datum	Unterschrift
Verfügung:	
Hiermit verfüge ich, dass meine Unterlagen in der Beratungsstelle nach Dateneingabe vernichtet werden sollen. Bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/>	Hiermit verfüge ich, dass meine Unterlagen in der Beratungsstelle nach Dateneingabe an mich zurück gesandt werden. Bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/>

Ort

Datum

Unterschrift