

# **Fachärztliches Attest**

## **Zur Vorlage bei Dopingkontrollen**

Das Attest darf nicht älter sein als 12 Monate und muss den Therapiebeginn und das Therapieende beinhalten.

Frau / Herr \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

hat am \_\_\_\_\_

wendet von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

das Präparat / die Präparate (Angabe mit Dosierung und Verabreichungsart):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ angewendet / an.

Aussagekräftige fachärztliche Unterlagen zu Diagnostik und Indikation der Therapie sind vorhanden und können auf Nachfrage vorgelegt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der behandelnden  
Fachärztin / des behandelnden Facharztes