

## Seminarankündigung 2011

---

### Reflexion der Beratung und Betreuung in Haft

---

Termin:	15.04.-17.04.2011
Ort:	Haus Humboldtstein, Remagen
Zielgruppe:	Mitarbeiter/innen aus Aids- Drogen- und Gefangenenhilfe
Trainer:	Ralf Bär
Moderation:	Bärbel Knorr
Teilnehmer/innen:	11
Teilnahmekosten:	nein
Fahrtkostenerstattung:	ja
Anmeldung an:	Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
Rückfragen an:	Bärbel Knorr, Tel. 030/690087-45;
Anmeldeschluss:	04.02.2011 (danach auf Anfrage)
Seminarkennnummer:	<b>1D-1008</b>

---

In Aidshilfen ist der Arbeitsbereich Haft häufig nur mit einer einzigen Person besetzt. Der kollegiale Austausch innerhalb der eigenen Einrichtung ist daher meist nur sehr begrenzt oder gar nicht möglich. Das ist umso bedauerlicher, als die Beratung und Betreuung in Haftanstalten mit besonderen Herausforderungen verbunden ist, einerseits aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen, andererseits wegen der besonderen Problemlagen der Gefangenen.

Um in diesem Arbeitsfeld bestehen zu können, sollen in diesem Seminar methodische Hilfestellungen gegeben werden. Im Mittelpunkt werden Fallbesprechungen und die kollegiale Beratung stehen. Geboten wird ein geschützter Raum, in dem angstfrei über die eigene Arbeit und die persönlichen Möglichkeiten und Grenzen des Engagements in Haft gesprochen werden kann.

**Hinweis:** Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung übernimmt die Deutsche AIDS-Hilfe. Die Unterbringung erfolgt im Einzelzimmer. Fahrtkosten werden nur bis zur Höhe eine Fahrkarte II. Klasse oder dem kostengünstigsten Angebot der DB gegen Antrag erstattet, lokale Fahrtkosten können nicht erstattet werden. PKW-Fahrten werden mit 0,20 €/km berechnet. Die Anmeldebestätigung wird ca. 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn verschickt.

**Kinderbetreuung ist bei rechtzeitiger Anmeldung möglich!**

**Anmeldeformular** (an: DAH, Postfach 610 149, 10921 Berlin, FAX 0 30-69 00 87 42)

Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

**Titel:** Reflexion der Beratung und Betreuung in Haft

**Datum:** 15.04. -17.04.2011

Beginn: 17:00 Uhr / Ende 13:30 Uhr

**Ort:** Remagen, Haus Humboldtstein

**Teilnahmegebühr:** nein

**Seminarkennnummer:** 1D-1008

Ich bin Mitarbeiter/in in folgender AIDS-Hilfe oder anderer Einrichtung/Organisation:

Teilnahmezusage, Anreiseskizze und Seminarunterlagen (oder Absage, falls ausgebucht)  
erbitte ich an folgende Postanschrift (bitte Druckbuchstaben):

Name:

Strasse und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

**!!!Bitte unbedingt ankreuzen ob Privat- oder Geschäftsadresse verwendet wurde!!!**

privat  geschäftlich

Darf die Telefonnummer auf der Anmelde-Liste, die vorab allen TeilnehmerInnen zugesandt wird und der selbständigen Zusammenstellung von Fahrgemeinschaften dient, veröffentlicht werden?

Ja

Nein

Dauer der Mitarbeit in der AIDS-Hilfe/ Einrichtung/Organisation: \_\_\_\_\_

Ich arbeite als: \_\_\_\_\_

Ausbildung/Berufserfahrung: \_\_\_\_\_

Bei Berater- und Betreuertrainings sowie Spezialisierungen für fortgeschrittene MitarbeiterInnen bitte folgende Frage beantworten (andernfalls kann die Anmeldung nicht berücksichtigt werden):

Ich habe folgende Einsteigerschulung und Seminare besucht (Datum, Ort, Veranstalter):

Ich erteile der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. einmalig eine Einzugsermächtigung über folgende Teilnahmegebühr für o.g. Veranstaltung:

Betrag in Euro \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Anschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Verfügungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Ich zahle die Teilnahmegebühr per Überweisung auf das Konto 070 3500 500 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin BLZ 300 606 01.

Bei Überweisungen bitte die Seminarkennnummer als Verwendungszweck angeben!

Für mich **muss** eine Substitution organisiert werden. Ich werde substituiert mit \_\_\_\_\_ ml/ \_\_\_\_\_ mg L-Polamidon/Methadon. Name und Adresse des vor Ort substituierenden Arztes werden mir mit der Teilnahmezusage mitgeteilt. Ich selbst werde dann veranlassen, dass mein behandelnder Arzt diesem Kollegen rechtzeitig das entsprechende BtM-Rezept mit Mengenangabe zukommen lässt.

Ich benötige während der Veranstaltung eine ärztliche Betreuung, und zwar:

**Ich melde zusätzlich folgende Kinder an/ Kinderbetreuung wird benötigt:**

Ja

Nein

**Wenn ja, bitte unbedingt angeben**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_

Normale Kost  Vegetarier/in  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sollte ich aus unvorhergesehen persönlichen oder dienstlichen Gründen verhindert sein, so verpflichte ich mich, umgehend die Anmeldung schriftlich zu stornieren, damit mein Seminarplatz an eine/n Nachrücker/in vergeben werden kann. Die Hinweise der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen der DAH – insbesondere die für eine Abmeldung – sind mir bekannt und werden von mir anerkannt (siehe „Hinweise zur Teilnahme“ Veranstaltungskalender der DAH oder veröffentlicht in jedem Anhang des Rundbriefes). Weiterhin ist mir bekannt, dass ohne Zahlung der Teilnahmegebühr – sofern erforderlich – oder bei unvollständigen Angaben im Anmeldeformular meine Anmeldung nicht berücksichtigt wird.

Ort/ Datum/ Unterschrift

Bestätigung durch die regionale AIDS-Hilfe/ Einrichtung