

Treffen HIV-positiver / AIDS-kranker Frauen

Freitag, 4. – Sonntag, 6. Dezember 2009

Während dieses Wintertreffens wollen wir uns mit den **Selbstbildern HIV-positiver Frauen** beschäftigen.

Im Workshop „**Mein Frauenbild bestimmt mein Handeln?!**“ werden wir uns mit Unterstützung unterschiedlicher Arbeitsformen und -methoden mit dem Frausein und der Frauenrolle auseinandersetzen und der Frage nachgehen, welche inneren und äußeren Veränderungen notwendig wären, in unserer Gesellschaft ein weitgehend selbstbestimmtes und selbstverantwortetes Leben als HIV-positive Frau zu leben.

Im Workshop „**Mein Frauenbild im Umgang mit Veränderungen im Körper**“ betrachten wir unser Körperbild und gehen der Frage nach, ob und wie sich das eigene Körperbild durch HIV verändert hat und/oder welche anderen Prozesse beteiligt sind? Wir wollen erarbeiten, jede Frau individuell mit den Veränderungen umgehen kann? Wie kann ich meine Körper akzeptieren, wenn die Medizin mit keine (bezahlbaren) Alternativen bieten kann. Darüber hinaus wollen wir Erfahrungen, Tipps und Tricks mit den gängigsten Problemen wie Lipodistrophie, Blähungen, Schmerzen, etc. sammeln und austauschen.

Im Workshop „**HIV-positiv – na und!**“ zeigen wir unsere Gesichter und vielleicht auch unsere Körper – auf Fotos ... verkleidet oder nicht, fröhlich oder traurig, selbstbewusst oder unsicher. In diesem Fotoworkshop bestimmst du, wie du dich zeigen möchtest!

Ergänzend zu den Gruppenangeboten besteht die Möglichkeit zur **Einführung in Entspannungs- und Aktivierungstechniken**.

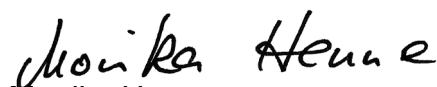
Bring bitte für das Kennen lernen und für die Arbeit in den Workshops zwei Fotos von Dir mit: Eins aus sehr glücklichen und eins aus sehr unglücklichen Tagen.

Kinderbetreuung ist bei rechtzeitiger Anmeldung möglich. Bitte das Alter des Kindes angeben!

Trainerinnen: Angelika Bolte, Diplom-Supervisorin, Göttingen
Reinhild Trompke, Diplom-Psychologin, Dresden

AG-Leitung: N.N.

VA-Nr. 9329
Freitag 18 Uhr bis Sonntag 14.30 Uhr
26,- EUR (DAH), Fahrtkosten werden erstattet.


Monika Henne
Veranstaltungsleitung

In Briefumschlag stecken
oder per Tele 0 55 92 fax 92 77-77 zu uns



Bildungs- und Tagungshaus
37130 Reinhausen bei Göttingen

Anmeldung

Treffen HIV-positiver / Aids-kranker Frauen

4. – 6. Dezember 2009

VA-Nr. 9329

Ich arbeite mit oben genannter AIDS-Hilfe/Einrichtung

Name

Vorname

Straße

PLZ / Ort

E-Mail

Am besten erreichbar unter Tel.-Nr. _____ von _____ bis _____ Uhr.

- Vormerkung für Einzelzimmer. Auf Wunsch ist eine Unterbringung im Einzelzimmer möglich – Verfügbarkeit vorausgesetzt (Zuschlag 12,- EUR pro Nacht)
- Ich kann eine Mitfahrgelegenheit anbieten und stelle meine Telefonnummer zur Weitergabe zur Verfügung.
- Ich suche eine Mitfahrgelegenheit und frage telefonisch einige Tage vor Veranstaltungsbeginn im Waldschlösschen nach.
- Ich benötige eine Kinderbetreuung für mein Kind _____, _____ Jahre alt.

Anmeldung/Rücktritt

Die Veranstaltung wird bezuschusst. Bis 6 Wochen vor Veranstaltungsbeginn behalten wir bei Rücktritt EUR 15,35 Bearbeitungsgebühr ein. Bei späterem Rücktritt müssen wir, wenn kein/e ErsatzteilnehmerIn gefunden wird, je nach Zeitpunkt des Rücktrittes Kosten bis zu 99,- EUR in Rechnung stellen. Die genauen Regelungen zu den Ausfallkosten können in unseren Allgemeinen Geschäftsbedingungen im Internet unter www.waldschloesschen.org oder im Jahresprogramm eingesehen werden. Muss die Veranstaltung wegen zu geringer TeilnehmerInnenzahl oder Ausfall des/der ReferentIn ausfallen oder ist sie überfüllt, werden bereits gezahlte Kostenbeiträge in voller Höhe zurückerstattet. Weitergehende Ansprüche sind ausgeschlossen, außer in Fällen vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verhaltens von Angestellten oder sonstigen Erfüllungsgehilfen der Akademie Waldschlösschen. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Stiftung Akademie Waldschlösschen an.

_____ den _____
Ort Datum

Unterschrift

Hinweise auf besondere medizinische Erfordernisse:

Ich werde substituiert mit

_____ ml/_____ mg L-Polamidon

Ich selbst werde veranlassen, dass mein behandelnder Arzt **spätestens bis 10 Tage vor Veranstaltungsbeginn** das entsprechende BTM-Rezept mit Mengenangaben an das Waldschlösschen sendet und damit eine Substitution verabredet werden kann!

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

- Den Teilnahmebeitrag in Höhe von **26,- EUR** lege ich als Verrechnungsscheck bei.
- Hiermit ermächtige ich die Stiftung Akademie Waldschlösschen, den Teilnahmebeitrag in Höhe von **26,- EUR** von meinem Konto einzuziehen:

KontoinhaberIn

Kontonummer

BLZ

Geldinstitut

Datum Unterschrift