

## Seminarankündigung 2012

---

### Positiv leben mit Kindern I

---

Termin:	13.-15.04.2012
Ort:	Fohrde
Zielgruppe:	HIV-Positive Mütter / Eltern und ihre Kinder
Trainer/innen:	Thomas Symalla
Teilnehmer(innen)zahl:	14
Teilnahmekosten:	€ 20,00
Fahrtkostenerstattung:	ja
Anmeldung an:	Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Rückfragen an:	Svenja Bergau, Tel.: 030/690087-68
Anmeldeschluss:	24.02.2012
Seminarkennnummer:	<b>3F-2192</b>

---

Die Lebenssituation HIV-positiver Mütter und Väter wird durch Probleme mit der eigenen Gesundheit und die Sorge um ihre HIV-positiven Kinder erschwert. Hinzu kommt, dass HIV-positive Frauen sehr viel häufiger alleinerziehend sind, als dies durchschnittlich der Fall ist.

In diesem Seminar erhalten HIV-positive Mütter und Elternpaare die Möglichkeit, sich über ihre besondere Lebenslage, ihre Wünsche und Bedürfnisse sowie ihre Strategien zum Umgang mit Krankheit, Alltagsproblemen und Kindererziehung auszutauschen. Ziel ist es, die zum Teil sehr vereinzelt lebenden Frauen und Elternpaare miteinander zu vernetzen und ihre Selbsthilferessourcen zu stärken.

Für Kinderbetreuung wird gesorgt. Jugendliche können bei Interesse auch ein speziell sie vorbereitetes Angebot nutzen.

---

**Hinweis:** Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung übernimmt die Deutsche AIDS-Hilfe. Die Unterbringung erfolgt im Doppelzimmer. 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:** HIV/Aids und Familiensysteme I - Positiv leben mit Kindern

**Datum:** 13.-15.04.2012

**Ort:** Fohrde

**Teilnahmegebühr:** 20,-€

**Seminarkennnummer:** 3F-2192

Ich bin Mitarbeiter/in in folgender Aidshilfe oder anderer Einrichtung/Organisation:

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

Name:

Strasse und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

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

Email:

**!!!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