



## Bundesweites Treffen für HIV-positive Jugendliche

---

<b>Beginn:</b>	<b>21.06.2013, 17.00 Uhr</b>
<b>Ende:</b>	<b>23.06.2013, 14.00</b>
<b>Ort:</b>	<b>Fritz-Emmel-Haus, Kronberg</b>
<b>Zielgruppe:</b>	<b>HIV positive Jugendliche von 14-19 Jahre</b>
<b>Leitung:</b>	<b>Elke Adler</b>
<b>Teilnehmerzahl:</b>	<b>maximal 20</b>
<b>Teilnahmegebühr:</b>	<b>20,00 €</b> <b>(kann auf Antrag erlassen werden)</b> *
<b>Fahrtkostenerstattung:</b>	<b>ja</b>
<b>Anmeldung:</b>	<b>Deutsche AIDS-Hilfe, Wilhelmstr. 138 10963 Berlin</b>
<b>Rückfragen:</b>	<b>Martin Westphal, 030 – 69 00 8763 63</b> <b><a href="mailto:martin.westphal@dah.aidshilfe.de">martin.westphal@dah.aidshilfe.de</a></b>
<b>Seminarkennnummer:</b>	<b>3.H.3257</b>

---

Du bist HIV-positiv und weit und breit ist keiner in deinem Alter, dem es genauso geht? Keiner, der richtig kapiert, was in dir vor geht? Keiner, der versteht, warum du ab und zu einfach keinen Bock mehr hast deine Pillen zu schlucken oder was da sonst noch alles dranhängt? Vielleicht hast du dann Lust dich mit anderen HIV-positiven Jugendlichen zu treffen, die in der gleichen Situation sind? Das Treffen wird in Kooperation mit der BAG „Kinder im Umfeld von HIV/AIDS“ durchgeführt. Es richtet sich an Mädchen und Jungen von 14 bis 19 Jahren, die über ihre HIV-Infektion informiert sind. Hier könnt ihr andere Jugendliche kennen lernen und neue Kontakte knüpfen. Ihr könnt Euch austauschen und gemeinsam etwas unternehmen. Vielleicht trifft ihr auch alte Bekannte wieder und könnt eure Freundschaften vertiefen.

---

\* Bei Vorlage der Verdienstbescheinigung, Vorlage über das Ausbildungsendgeld oder Bescheinigung über Transferleistungen können die Teilnahmegebühren für Geringverdienende erlassen werden.

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

Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

**Titel:** 1. Bundesweites Treffen für HIV-positive Jugendliche

**Datum:** 21.06.2013-: 23.06.2013

**Ort:** Kronberg, Fritz-Emmel-Haus

**Seminarkennnummer:** 3.H.3257

**Teilnahmebeitrag:** 20,00 € (näheres siehe Ausschreibung)

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

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

Ja

Nein

Alter in Jahren: \_\_\_\_\_

**ACHTUNG: Bei minderjährigen Teilnehmenden MUSS die Anmeldung vom Erziehungsberechtigten unterschrieben werden!**

**Name des/der Erziehungsberechtigten:**

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e oben genannte/r minderjährige/r Tochter/Sohn ohne Begleitung eines Erziehungsberechtigten an dem Treffen für HIV-positive Jugendliche in teilnimmt.

**Ort/ Datum/ Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten**

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

Betrag in Euro 20,00 € \_\_\_\_\_

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 100 906 03.

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:

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 NachrückerIn 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