
Seminarankündigung 2013

Beratung HIV-positiver Frauen bei Kinderwunsch und Schwangerschaft

Termin:	31.05.-02.06.2013
Ort:	Berlin
Zielgruppe:	Berater/innen aus Aidshilfen, Migrantenorganisationen und Krankenhäusern mit Entbindungsstation, Gynäkolog(inn)en, Hebammen
Leitung/Moderation:	Marianne Rademacher, DAH
Trainer/innen:	Dr. Cornelia Feiterna-Sperling und Dr. Simone Casteleyn
Teilnehmer/innenzahl:	12
Teilnahmekosten:	€ 30,00
Fahrtkostenerstattung:	ja
Anmeldung an:	Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
Rückfragen an:	Jens Carstensen, Tel.: 030/690087-29
Anmeldeschluss:	19.04.2013
Seminarkennnummer:	2F-3090

Das Seminar wurde von der Ärztekammer Berlin mit 13 Fortbildungspunkten für Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten zertifiziert.

In Deutschland werden jedes Jahr etwa 200 Kinder von HIV-positiven Müttern geboren. Aufgrund der guten medizinischen Versorgung ist nur noch unter 1% von ihnen HIV-infiziert.

Seit 2007 muss jeder Schwangeren im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen ein HIV-Test angeboten werden. Dazu gab das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ein Merkblatt zum HIV-Test in der Schwangerschaft heraus, und im gleichen Jahr entwickelte die DAH ein Positionspapier zum Thema „HIV und Kinderwunsch“ – die Beratung zu Kinderwunsch und Schwangerschaft wird bisher aber nur von wenigen HIV-Schwerpunktpraxen und Beratungsstellen in ausreichendem Maß angeboten. Sie muss daher ausgebaut werden. Anzustreben ist außerdem eine interdisziplinäre enge Kooperation zwischen Arztpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen, Reproduktionsmedizin, Geburtshilfe und Beratungsstellen.

Dieses Seminar ermöglicht Berater(inne)n, Ärzt(inn)en, Hebammen und Psychotherapeut(inn)en den Erwerb von Kenntnissen, die für eine fachgerechte Beratung zu Kinderwunsch und Schwangerschaft erforderlich sind. Zugleich will es dazu motivieren, die Kooperation in diesem Arbeitsfeld auszubauen.

Hinweis: Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung übernimmt die Deutsche AIDS-Hilfe. 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: **Kinderwunsch und Schwangerschaftsberatung
HIV-positiver Frauen**

Datum: **31.05.-02.06.2013**

Ort: **Berlin**

Teilnahmegebühr: **30,00 €**

Seminarkennnummer: **2F-3090**

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 Teilnehmer(inne)n 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:

Normale Kost Vegetarier/in Sonstiges: _____

Ich melde zusätzlich folgende Kinder an/ Kinderbetreuung wird benötigt: Ja Nein

Name: _____ Alter: _____

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