

## **Seminarankündigung 2013**

---

### **HIV-positive Frauen und Studien – mit uns und für uns!**

---

Termin:	Beginn 01.11.2013, 17:00 Uhr – Ende 03.11.2013, 14:00 Uhr
Ort:	Berlin
Zielgruppe:	Frauen mit HIV/Aids, die an wissenschaftlichen Studien teilnehmen wollen. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus Aidshilfen und Beratungsstellen, die Frauen dabei unterstützen wollen; Experten und Expertinnen aus wissenschaftlicher Forschung
Leitung:	Marianne Rademacher
Referentinnen:	Dr. Annette Haberl/Ute Herrmann
Teilnehmer/innenzahl:	16
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:	
Seminarkennnummer:	<b>2F-3091</b>

---

Frauenspezifische Forschungsansätze sind besonders im HIV/Aids-Bereich unterrepräsentiert. Dies betrifft die medizinische als auch psychosoziale Forschung. Gerade durch den Wandel der HIV Infektion und ihre zunehmend gute Behandelbarkeit sind frauenspezifische Ansätze wichtiger denn je. In diesem Seminar sollen einerseits neueste Forschungsergebnisse vorgestellt werden, die Unterschiede zwischen Frauen und Männern deutlich machen. Andererseits soll über gängige Studiendesigns diskutiert werden. Warum ist die Teilnahmebereitschaft von Frauen geringer als die von Männern? Müssen Eingangsvoraussetzungen für Studien verändert werden, um sie den Bedürfnissen von Frauen anzupassen? Welche Forschungsthemen sind für Frauen besonders wichtig?

---

**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-positive Frauen und Studien – mit uns und für uns!  
**Datum:** 01. bis 03.11.2013  
**Ort:** Berlin  
**Teilnahmegebühr:** 30,00 €  
**Seminarkennnummer:** 2F-3091

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

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

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

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

Normale Kost  vegetarische Kost  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