

---

## Seminarankündigung 2014

---

### I. Treffen des Netzwerks Frauen und Aids

#### Schwerpunktthema:

#### Komplementäre Therapien mit Schwerpunkt HIV assoziierte Symptome und Medikamentennebenwirkungen

---

Termin:	10.03.2014, 17:00 Uhr – 12.03.2014, 14:00 Uhr
Ort:	Warnemünde
Zielgruppe:	Frauen mit und ohne HIV-Diagnose, die sich im Bereich "Frauen und Aids" engagieren (wollen)
Moderation:	Sabine Weinmann
Trainerin:	Helga Neugebauer
Teilnehmer/innenzahl:	12
Teilnahmekosten:	€ 20,00
Fahrtkostenerstattung:	ja
Anmeldung an:	Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
	Rückfragen an: Jens Carstensen 030/690087-29
Anmeldeschluss:	20.01.2014
Seminar Kennnummer:	<b>3F-4190</b>

---

Das bundesweite Netzwerk Frauen und Aids ist offen für alle Interessierten, ob sie HIV-positiv sind oder nicht. Wir treffen uns viermal pro Jahr an verschiedenen Orten, um zu Fragen rund um das Thema „HIV und Frauen“ zu arbeiten. Ob Prävention, Selbsthilfe, Medizin oder politische Arbeit: was jeweils auf der Agenda stehen soll, entscheiden die Netzwerkfrauen gemeinsam beim alljährlichen Strukturtreffen.

**Informationen zum Schwerpunktthema:** Komplementäre Therapien mit Schwerpunkt HIV assoziierte Symptome und Medikamentennebenwirkungen

Im ersten Teil des Themas Komplementäre Therapien (komplementär = sich gegenseitig ergänzend) am Beispiel von TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) wurde im Überblick dargestellt, das die Komplementäre Therapie dazu beitragen kann, trotz und mit HIV und antiretroviraler Therapie (ART) so gesund wie möglich zu leben und sie ergänzend auf die ART wirken kann, indem sie bei der Bewältigung der Infektion und beim Umgang mit den Medikamentennebenwirkungen hilft und so zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Allerdings kann **nur** die antiretrovirale Therapie die HIV-Vermehrung wirksam hemmen. Im zweiten Teil wird nun intensiver auf häufig beschriebene Symptomatik und Medikamentennebenwirkungen eingegangen und aufgezeigt, wie komplementäre Therapien lindern und unterstützen können.

---

**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:** I. Treffen des NW „Frauen und Aids“  
(Komplementäre Therapien mit Schwerpunkt HIV assoziierte  
Symptome und Medikamentennebenwirkungen)

**Datum:** 10.03..2014, 17:00 Uhr – 12.03.2014, 14:00 Uhr

**Ort:** Warnemünde

**Seminarkennnummer:** 3F-4190

**Teilnahmegebühr:** 20,00 €

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

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

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