

---

## Seminarankündigung 2014

---

### HIV/Aids und Familiensysteme (Positiv leben mit Kindern)

---

Termin:	28.02.2014, 17.00 Uhr bis 02.03.2014, 14.00 Uhr
Ort:	Ev. Akademie Locom. Locom
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:	Jens Carstensen, Tel.: 030/690087-29; Armin Fiechtner, Tel.: 030/690087-39
Anmeldeschluss:	07.01.2014
Seminarkennnummer:	<b>3F-4196</b>

---

HIV beeinflusst nicht nur das Leben der HIV-positiven Menschen selbst, sondern auch das Leben ihrer Angehörigen. Unser Seminar ermöglicht den Austausch über den Alltag mit dem Virus in der Familie. Zugleich soll es dazu dienen, die Vernetzung zu fördern und Selbsthilfe-Ressourcen zu stärken.

Die Themen richten sich nach den Wünschen und Bedürfnissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Mögliche Themen des Treffens: Umgang mit Krankheit, „Familiengeheimnis HIV“, Angst vor Ausgrenzung und Stigmatisierung, positives Comingout/Geoutet-Werden, Alltagsprobleme, Kindererziehung.

Bei Bedarf kann übersetzt werden. Für Jugendliche wird wenn notwendig ein spezielles Angebot vorbereitet.

---

**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 - Positiv leben mit Kindern

**Datum:** 28.02.2014, 17:00 Uhr bis 02.03.2014, 14:00 Uhr

**Ort:** Loccum

**Teilnahmegebühr:** 20,-€

**Seminarkennnummer:** 3F-4196

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:

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 Nachrücke/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