
Seminarankündigung 2015

HIV/Aids und Familiensysteme (Positiv leben mit Kindern)

| | |
|------------------------|--|
| Termin: | 10.04.2015, Beginn: 17.00 Uhr bis 12.04.2015, Ende:14.00 Uhr |
| Ort: | Loccum |
| Zielgruppe: | HIV-Positive Mütter / Eltern und ihre Kinder, positive Kinder und Jugendliche mit ihren Eltern |
| Trainer/innen: | Klaus Steinkemper |
| 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: | 13.02.2015 |
| Seminarkennnummer: | 3F-51960 |

HIV beeinflusst nicht nur das Leben der HIV-positiven Menschen selbst, sondern auch das Leben ihrer Angehörigen und Familien. 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: „Familiengeheimnis HIV“, Angst vor Ausgrenzung und Stigmatisierung, positives Comingout/Geoutet-Werden, Alltagsprobleme und Konflikte, Umgang mit Krankheit, Normalität mit bzw. trotz HIV, Ressource Familie bzw. familiäres Umfeld.

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: 10.04.2015, 17:00 Uhr bis 12.04.2015, 14:00 Uhr

Ort: Ev. Akademie, Locom

Teilnahmegebühr: 20,-€

Seminarkennnummer: 3F-51960

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, BIC: DAAEEDDXXX, IBAN: DE17 3006 0601 0103 5005 00.

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