
Seminarankündigung 2015

HIV/STI-Prävention in der Beratung von Frauen in der Prostitution

Termin:	27.03.2015, Beginn 17:00 – 29.03.2015, Ende: 14:00 Uhr
Ort:	Akademie Waldschlösschen, Reinhausen
Zielgruppe:	Berater/innen und Streetworker/innen aus Aidshilfen und Gesundheitsämtern sowie Kolleg(inn)en aus Migrant-Beratungsstellen, die sich mit dem Thema Sexarbeit befassen
Trainerinnen:	Mechthild Eickel, Bochum und Bärbel Ahlborn, Nürnberg
Teilnehmer/innenzahl:	14
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:	02.01.2015
Seminarkennnummer:	2F-51800

Dieses Seminar gibt Mitarbeiter*innen von Einrichtungen, die mit Prostituierten arbeiten, Gelegenheit zum überregionalen Erfahrungsaustausch.

Risikante Arbeitsweisen, die eine Übertragung von HIV und anderen STI's begünstigen sind im Bereich sexueller Dienstleistungen weit verbreitet.

Auf Grund der veränderten Strukturen in der weiblichen Prostitution wird es für Sexarbeiterinnen immer schwieriger Informationen zu sicheren, professionellen Arbeitsweisen zu bekommen. Vielen Sexarbeiterinnen fehlen Grundkenntnisse zum Thema sexuelle Gesundheit, und im Beratungsalltag steigt die Nachfrage nach berufsspezifischen Informationen zur Prostitution.

Wir möchten daher in diesem Seminar mit einem Schwerpunkt auf die berufsspezifische Beratung (Einstiegsberatung) eingehen.

Da unsichere Arbeitsmethoden häufig auf die Nachfrage von Kunden der Prostitution zurückzuführen sind, werden außerdem erfolgreiche Ansätze der Präventionsarbeit für und mit Prostitutionskunden vorgestellt und Ideen zu diesem Arbeitsbereich gebündelt um die Arbeit mit „Freiern“ anzuregen und zu fördern.

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/STI-Prävention in der Beratung von Frauen in der Prostitution

Datum: 27.03.2015 – 29.03.2015

Ort: Akademie Waldschlösschen

Teilnahmegebühr: 30,00 €

Seminarkennnummer: 2F-51800

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

Adresse: Privat Geschäftlich

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, BIC: DAAEDEDXXX, 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 _____mg/ _____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: _____

Normalkost 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