

Seminarankündigung 2015

HIV und Frauen: H.A.N.D. – HIV assoziierte neurokognitive Defizite (Netzwerk Frauen und Aids)

Termin:	10. - 12.08.2015
Ort:	Dresden
Zielgruppe:	Frauen mit und ohne HIV-Diagnose, die sich im Bereich "Frauen und Aids" engagieren (wollen)
Moderatorin:	Silvia Salifou-Karegwa
Referentin:	Prof. Dr. Gabriele Arendt, Ärztin
Trainerin:	Barbara Paul, Physiotherapeutin
Teilnehmerinnenzahl:	12
Teilnahmekosten:	20,00 Euro
Fahrtkostenerstattung:	ja
Anmeldung an:	Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
Rückfragen an:	Jens Carstensen, Tel.: 030/690087-29
Anmeldeschluss:	15.06.2015
Seminarkennnummer:	3F-51910

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:

Zuerst soll ein theoretischer Input zum Thema „H.A.N.D. – HIV assoziierte neurokognitive Defizite“ gegeben werden, um die einzelnen Stadien und Unterschiede neurokognitiver Defizite zu erklären. Im Anschluss daran sollen die Teilnehmerinnen in einem sehr praxisorientierten Teil u.a. anhand von Übungen lernen wie im Alltag mit den bestehenden Defiziten besser umgegangen werden kann und einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes vermieden werden kann. Die erlernten Übungen können von den Teilnehmerinnen im Rahmen ihres Engagements im HIV Bereich an anderen HIV positive Frauen vor Ort weiter vermittelt werden.

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 und Frauen: H.A.N.D. - HIV assoziierte neurokognitive Defizite (Netzwerk Frauen und Aids)

Datum: 10. - 12.08.2015

Ort: Dresden

Teilnahmegebühr: 20,00 €

Seminarkennnummer: 3F-51910

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. BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE17 3006 0601 0703 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