

## Netzwerk Frauen und Aids

Unser Zeichen  
Fachreferentin Frauen Abt 2

Durchwahl  
0 30 69 00 87 34

Berlin  
Freitag, 22. Januar 2016

### Einladung zum Vernetzungstreffen (I. Treffen des NW Frauen und Aids)

Liebe Frauen,

das Vernetzungstreffen (I. Treffen des NW Frauen und Aids) muss aus finanztechnischen Gründen in diesem Jahr im Rahmen eine sogenannten „Konzeptseminars“ stattfinden. Deshalb erscheint es auch nicht im allgemeinen Veranstaltungskalender. Vielmehr muss dazu eingeladen werden, was ich hiermit tue. Die Arbeitsgruppe „Frauencheck“ im Netzwerk als auch die BAG Frauen arbeiten zurzeit an einem Konzeptpapier zu frauenspezifischen Beratungsinhalten und Settings. Dies soll die Grundlage bilden für die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung frauenspezifischer Beratungsangebote in Aidshilfen und anderen Beratungseinrichtungen. Die Mitglieder der BAG Frauen sind ausschließlich hauptamtliche Mitarbeiterinnen von Aidshilfen bundesweit während am Konzeptpapier „Frauencheck“ hauptsächlich Nutzerinnen der Beratungsangebote (insbesondere HIV positive Frauen) sowie andere nicht an der BAG teilnehmenden Frauen arbeiten. Im Rahmen des Konzeptseminars sollen beide Papiere diskutiert, ergänzt, erweitert und zusammengeführt werden.

**Seminarbeginn:** 18. April 2016 15:00 Uhr  
**Seminarende:** 20. April 2016 14:00 Uhr

Bitte meldet Euch möglichst zahlreich mit angehängtem Anmeldeformular an.

Herzliche Grüße



Marianne Rademacher  
Referentin für Prävention für Frauen  
im Kontext von weiblicher Sexarbeit, HIV , STI und Hepatitis

**Anmeldeformular** (an: DAH, Postfach 610 149, 10921 Berlin, FAX 0 30-69 00 87 42)

Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

**Titel:** **Vernetzungstreffen 2016  
(Netzwerk Frauen und Aids I)**

**Datum:** **18. - 20.04.2016**

**Ort:** **Bad Blankenburg**

**Seminarkennnummer:** **4F-62560**

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  dienstlich

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