

## Seminarankündigung 2017

---

### HIV/STI-Prävention in der Beratung von Frauen in der Prostitution 1

---

Termin:	17.03.2017, Beginn 17:00 – 19.03.2017, Ende: 14:00 Uhr
Ort:	Dresden
Zielgruppe:	Berater/innen und Streetworker/innen aus Aidshilfen und Gesundheitsämtern sowie Kolleg(inn)en aus Migrantinnen-Beratungsstellen, die sich mit dem Thema Sexarbeit befassen
Trainerinnen:	Bärbel Ahlborn und Mechthild Eickel
Teilnehmer/innenzahl:	14
Teilnahmekosten:	30,00 Euro
Fahrtkostenerstattung:	ja
Anmeldung an:	Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
Rückfragen an:	Anna Gamroth, Tel. 030/690087-91
Anmeldeschluss:	<b>16.01.2017</b>
Seminar Kennnummer:	<b>2F-72250</b>

---

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. Im Beratungsalltag steigt die Nachfrage nach berufsspezifischen Informationen zur Prostitution.

Wir möchten daher in diesem Seminar die Bedeutung berufsspezifischer Beratung für die Präventionsarbeit thematisieren, Inhalte vorstellen und Vermittlungsmöglichkeiten erproben.

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.

Beiträge und Erfahrungen der Teilnehmer\*innen zu diesen Themen sind willkommen, um Gelegenheit zu einem überregionalen Erfahrungsaustausch zu geben.

---

**Hinweis:** Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung übernimmt die Deutsche AIDS-Hilfe. Fahrtkosten werden nur bis zur Höhe einer Fahrkarte II. Klasse oder dem kostengünstigsten Angebot der DB gegen Antrag erstattet. PKW-Fahrten werden mit 0,20 €/km berechnet bis max. 130,00 Euro. 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 1

**Datum:** 17.-19.03.2017

**Ort:** Dresden

**Teilnahmegebühr:** 30,00 Euro

**Seminarkennnummer:** 2F-72250

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 Mitarbeiter\_innen 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

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“ im Veranstaltungskalender der DAH oder unter [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de), „AGB zur Seminarteilnahme“). 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