

Netzwerk Frauen und Aids

Unser Zeichen
Fachreferentin Frauen Abt 2

Durchwahl
0 30 69 00 87 34

Berlin
17.11.2016

Einladung

Einladung zum Konzeptseminar: Strukturen und Inhalte frauenspezifischer Beratung (vormals I. Treffen des NW Frauen und Aids), vom 03. – 05. März 2017 in Travemünde

Liebe Frauen,

das Vernetzungstreffen (I. Treffen des NW Frauen und Aids) muss aus finanztechnischen Gründen auch in diesem Jahr im Rahmen eines sogenannten „Konzeptseminars“ stattfinden. Deshalb erscheint es auch nicht im allgemeinen Veranstaltungskalender. Vielmehr muss dazu eingeladen werden, was ich hiermit gerne tue. Die Arbeitsgruppe „Frauencheck“ im Netzwerk hat 2016 einen Fragebogen zu frauenspezifischen Angeboten entwickelt, der an Mitgliedsorganisationen der DAH verschickt wurde. Die BAG Frauen erarbeitete parallel eine Arbeitshilfe zu Inhalten frauenspezifischer Beratung. In diesem Seminar werden die Ergebnisse der Umfrage vorgestellt und die Arbeitshilfe. Beides soll die Grundlage für die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung frauenspezifischer Beratungsangebote in Aidshilfen und anderen Beratungseinrichtungen bilden. Dementsprechend soll über das Umfrageergebnis, die Arbeitshilfe und die weitere Vorgehensweise diskutiert und Vorschläge für die Weiterentwicklung der Angebote gemacht werden.

Seminarbeginn ist Freitag, 03.03.2017 um 15:00 Uhr und Seminarende am Sonntag, 05.03.2017 um 14:00 Uhr. Bitte meldet Euch möglichst zahlreich mit angehängtem Anmeldeformular an. Anmeldeschluss ist der 2. Januar 2017!

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: **Strukturen und Inhalte frauenspezifischer Beratung**

Datum: **02.-05.03.2017**

Ort: **Travemünde**

Teilnahmegebühr: **keine**

Seminarkennnummer: **4F-72540**

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

Anschrift: **privat** **dienstlich (unbedingt angeben!)**

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: _____

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“ im Veranstaltungskalender der DAH oder unter 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 berück-
sichtigt wird.

Ort / Datum / Unterschrift

Bestätigung durch die regionale AIDS-Hilfe / Einrichtung