

**Anmeldeformular** (an: DAH, Postfach 61 01 49, 10921 Berlin, FAX 0 30-69 00 87 42)

Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

**Titel:** **Netzwerk Frauen und Aids III**

**Datum:** **13.-15.10.2017**

**Ort:** **Bielefeld**

**Teilnahmegebühr:** **20,00 Euro**

**Seminarkennnummer:** **3F-72380**

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  
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

**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“ im Veranstaltungskalender der DAH  
oder unter [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de), „AGB zur Seminarteilnahme“). Weiterhin ist mir bekannt, dass ohne Zahlung der Teilnah-  
megebühr – sofern erforderlich – oder bei unvollständigen Angaben im Anmeldeformular meine Anmeldung nicht berück-  
sichtigt wird.

Ort / Datum / Unterschrift

Bestätigung durch die regionale AIDS-Hilfe / Einrichtung

---

## Seminarankündigung 2017

---

### Netzwerk Frauen und Aids III

---

Termin:	13.10.2017, 17:00 Uhr bis, 15.10.2017, 14:00 Uhr
Ort:	Bielefeld
Zielgruppe:	Frauen mit und ohne HIV-Diagnose, die sich im Bereich "Frauen und Aids" engagieren (wollen)
Moderation:	Roxani Jean-Francois
Trainer/in:	Peggy Heinz
Teilnehmer/innenzahl:	14
Teilnahmekosten:	20,00 Euro
Fahrtkostenerstattung:	ja
Anmeldung an:	Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
Rückfragen an:	Maria Priebe, Tel.: 030/690087-91
Anmeldeschluss:	28.07.2017
Seminarkennnummer:	<b>3F-72380</b>

---

#### Informationen zum Schwerpunktthema:

Die Erfüllung eines Kinderwunsches ist aufgrund des medizinischen Fortschritts auch für Frauen, die mit HIV leben, ein fester Bestandteil ihrer Lebensplanung. Aufgrund des verbindlichen Angebots eines HIV-Test's in der Schwangerschaft erfahren Frauen von ihrer HIV-Diagnose zunehmend in dieser frühen Phase der Familiengründung. Der Umgang mit HIV in Familienzusammenhängen ist für Eltern ein zentrales Thema. Frauen und besonders Mütter haben ganz spezielle, eigene Themenschwerpunkte im Hinblick auf HIV, für die es leider kaum Unterstützungsangebote gibt. Aufgrund der Angst vor gesellschaftlicher Diskriminierung beschäftigt sie zum Beispiel der Aspekt „Wie und wann sage ich es meinem Kind“? besonders stark. Inzwischen gibt es auch in Deutschland einige wenige wissenschaftliche Arbeiten, die sich mit diesem Thema beschäftigt haben. Bei diesem Treffen sollen Ergebnisse aus nationalen und internationalen Erhebungen vorgestellt werden. Im Austausch untereinander sollen die Studienergebnisse diskutiert werden und anhand der persönlichen Erfahrungen (insbesondere von Frauen unterschiedlicher Generationen) relevante Themenschwerpunkte und Strategien zum Umgang mit der HIV-Infektion im alltäglichen Familienleben erarbeitet werden. Desweiteren sollen konkrete Bedarfe von Familien, die mit HIV leben, identifiziert, vorhandene Unterstützungsangebote bewertet und praxisrelevante Lösungsansätze erarbeitet werden.

---

**Hinweis:** Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung übernimmt die Deutsche AIDS-Hilfe. Die Unterbringung erfolgt im Einzelzimmer. 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 bis max. 130,00 Euro. Die Anmeldebestätigung wird ca. 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn verschickt.

---

**Kinderbetreuung ist bei rechtzeitiger Anmeldung möglich!**