

Seminarankündigung 2008

HIV/Aids in der Beratung für Sexarbeiterinnen

Termin:	12.06.-14.06.2008
Ort:	Fohrde, bei Brandenburg a.d. Havel
Zielgruppe:	Berater/innen und Streetworker/innen aus Aidshilfen und Gesundheitsämtern sowie Kolleg(inn)en aus Migranten-Beratungsstellen, die sich mit dem Thema Sexarbeit befassen
Trainerinnen:	Claudia Fischer, Beate Leopold
Teilnehmer/innenzahl:	maximal 18
Teilnahmekosten:	keine
Fahrtkostenerstattung:	ja
Anmeldung an:	Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
Rückfragen an:	Uwe Niethammer, Tel. 030/690087-39
Anmeldeschluss:	21.04.2008
Seminarkennnummer:	2F-8133

In den letzten Jahren ist in der Sexarbeit die Zahl von Migrantinnen – insbesondere aus Osteuropa – stark angestiegen. Neben gut informierten Profis finden sich immer mehr Frauen, die bisher kaum etwas von HIV- und STD-Prävention sowie Gesundheitsförderung gehört haben und folglich ohne entsprechendes Know-how arbeiten. Hier gilt es, neue Wege der Prävention zu beschreiten.

Mit dieser Fortbildung soll ein Beitrag zur Förderung der HIV-Prävention in der Sexarbeit und damit zur Professionalisierung der Sexarbeiterinnen geleistet werden; im Blickfeld stehen dabei auch Migrantinnen. Welche Wege sich für die Präventionsarbeit insbesondere durch das 2002 in Kraft getretene Prostitutionsgesetz eröffnen, ist zentrales Thema dieser Fortbildung. Darüber hinaus sollen verschiedene Ausstiegshilfen und Qualifizierungsmöglichkeiten für Sexarbeiterinnen aufgezeigt 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!

Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

Titel: HIV/Aids-prävention in der Beratung für Sexarbeiterinnen

Datum: 12.06.-14.06.2008

Ort: Fohrde (bei Brandenburg a.d. Havel)

Seminarkennnummer: 2F-8133

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

!!!Bitte unbedingt ankreuzen ob Privat- oder Geschäftsadresse verwendet!!!

privat ☐ geschäftlich ☐

Darf die Telefonnummer auf der Anmeldeliste, die vorab allen Teilnehmer(inne)n zugesandt wird und der selbständigen Zusammenstellung von Fahrgemeinschaften dient, veröffentlicht werden?

☐ Ja

☐ Nein

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 100 906 03.**
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: _____

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