

Epilepsie Groei-wijzer 17+ jaar: Hier ben ik

Naam: _____

Als je opgroeit, verandert er veel voor jou en voor je ouders/verzorgers. Stap voor stap word je zelfstandiger, je regelt dingen zelf en krijgt verantwoordelijkheid. Zo bereid je je voor om een eigen plek in de maatschappij in te kunnen nemen. De Epilepsie Groei-wijzer¹ 'Vaardigheden voor zelfstandig leven' is een serie van 3 lijsten. Het helpt je om te ontdekken welke stappen je kunt zetten om zelfstandiger te worden, wat je al kunt en waar je aan wilt werken de komende periode. 'Hier ben ik' is de derde en laatste lijst in de serie.



Voor wie is de vragenlijst bedoeld?

'Hier ben ik' is bedoeld voor jongvolwassenen in de leeftijd van 17 jaar en ouder, die nadenken over hun toekomst en de veranderingen die daarbij op hun weg komen. Vul de lijst in en bespreek zo nodig met je ouders/verzorgers of met iemand die je goed kent wat je al kunt en wat je zou willen leren en hoe zij dat zien. Door samen te praten kunnen jullie goede plannen maken!

Enkele tips:

- Vul in de Epilepsie Groei-wijzer in wat je al kunt. Zet de datum erboven. Is een onderwerp klaar of niet van toepassing, vul dan de laatste kolom in: klaar.
- Soms lijkt een vraag niet van toepassing op jou. Probeer dan creatief na te denken hoe je de vraag wel op jou kunt laten slaan. De vragen zijn een prikkel om je te laten nadenken over zelfstandigheid. Als je bijvoorbeeld iets zelf niet kunt uitvoeren door een beperking kun je misschien wel leren om zelf hulp te regelen om het uit te voeren. Dan word je dus ook zelfstandiger en minder afhankelijk van anderen.
- Praat samen met je ouders over wat je tegenkomt. Wat zou jij graag willen leren? Waar wil jij zelfstandiger in zijn? Maak samen een plan van aanpak op het invulformulier met de naam: 'Aan de slag'.
- Pak de Epilepsie Groei-wijzer er na verloop van tijd gerust weer bij en kijk waar je nu staat. Misschien ben je alweer een stap verder en kun je een nieuw punt aanpakken!
- De 9 plaatjes van de Epilepsie Groei-wijzer verwijzen naar 9 gebieden waarop je zelfstandig wordt.
- Veel achtergrondinformatie kun je vinden op www.opeigenbenen.nl. Daar vind je dezelfde plaatjes als op de Epilepsie Groei-wijzer, waardoor je snel bij de juiste informatie terecht komt.
- Als jij of je ouders er niet uitkomen hoe je iets kunt leren, vraag dan hulp aan het behandelteam.



Kenniscentrum
Zorginnovatie



Academisch Centrum voor Epileptologie
Kempenhaeghe & Maastricht UMC+



¹ De Epilepsie Groei-wijzer is gebaseerd op de Groei-wijzer die door het UMCG, revalidatiecentrum Blixembosch, Mytyschool Eindhoven, Erasmus MC en TransitieNet is ontwikkeld op basis van de Developing the Skills for Growing Up (Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital in Toronto, Canada). De gebruikte icoontjes zijn ontwikkeld door Op Eigen Benen in samenwerking met TransitieNet.

ik



Ik

	datum	datum	datum	klaar
1 Ik denk na over hoe ik zelfstandig word binnen ons gezin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Ik denk na over hoe ik mij in de toekomst financieel kan redden	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
3 Ik kan opkomen voor mezelf op plaatsen waar ik regelmatig kom (school, thuis, winkel, bibliotheek, sportclub, internet)	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
4 Ik heb iemand om over persoonlijke dingen te praten, als ik ergens mee zit	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
5 Ik weet wat mijn talenten zijn	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
6 Ik ben tevreden met mijn uiterlijk	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
7 Ik kan anderen vertellen wat ik heb en wat dat praktisch voor mij betekent (vrienden, op school/werk, familie)	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
8 Er is altijd iemand in mijn buurt die weet van mijn epilepsie en wat dit inhoudt	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
9 Ik weet wat mijn aandoening voor gevolgen heeft voor mijn (zorg)verzekering	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
10 Ik weet waar ik informatie en hulp kan krijgen over mijn epilepsie	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>

zorg



Zorg en gezondheid

	datum	datum	datum	klaar
1 Ik eet gezond	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Ik volg een dieet en ik weet waarom	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
3 Ik ken de gezondheidsrisico's van roken, alcohol en drugs	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
4 Ik weet welke medicijnen ik kan gebruiken voor onschuldige kwaaltjes (verkoudheid, hoofdpijn)	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
5 Ik kan anderen uitleggen wat mijn medische voorgeschiedenis is	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
6 Ik beslis samen met mijn arts welke behandeling nodig is	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
7 Ik onderteken medische toestemmingsverklaringen zelf	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
8 Ik plan en bewaak mijn bezoeken aan de arts zelf	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
9 Ik ga alleen naar spreekuurafspraken of bepaal wie er mee gaat	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
10 Ik stel zelf de meeste vragen tijdens het spreekuur	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>

zorg



Zorg en gezondheid

	datum	datum	datum	klaar
11 Ik beantwoord zelf de meeste vragen tijdens het spreekuur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12 Ik heb plannen gemaakt voor de overstap naar de jongerenpoli/volwassenenzorg	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
13 Ik weet wat de risico's zijn voor mijn gezondheid als ik me niet aan de voorgeschreven behandeling houd	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
14 Ik neem zelf mijn medicatie in	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
15 Ik weet welke bijwerkingen mijn medicijnen kunnen hebben	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
16 Ik weet wat moeheid voor mijn epilepsie kan betekenen	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
17 Ik weet wat stress voor mijn epilepsie kan betekenen	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>

wonen



Zelfstandigheid en wonen

	datum	datum	datum	klaar
1 Ik weet dat als ik in bad ga/ga douchen er toezicht nodig is	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Ik kan zelf mijn maaltijden klaarmaken	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
3 Ik kan zelf mijn was doen	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
4 Ik beheer mijn eigen geld	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
5 Ik koop zelf de dingen die ik nodig heb	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
6 Ik weet of ik alleen thuis kan zijn	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
7 Ik denk na over mijn toekomstige woonsituatie	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
8 Ik weet waar ik terecht kan voor extra voorzieningen	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>

relaties



Vriendschap en relaties

	datum	datum	datum	klaar
1 Ik doe mee aan sociale activiteiten en ontspanning voor jongeren en volwassenen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Ik doe dingen met mijn vrienden in mijn vrije tijd	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
3 Ik onderhoud zelf vriendschappen en relaties	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
4 Ik nodig vrienden, familie bij mij thuis uit	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
5 Ik kan nieuwe contacten maken	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>
6 Ik weet wat ongezonde intieme relaties zijn (loverboys)	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>

relaties



Vriendschap en relaties

datum	datum	datum	klaar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------------------------|
| 7 Ik ken verschillende voorbehoedsmiddelen en weet hoe ik eraan kan komen | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 8 Ik weet de invloed van mijn epilepsie op seksualiteit | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 9 Ik weet de invloed van mijn epilepsie op zwangerschap/ouderschap en erfelijkheid | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 10 Ik weet dat epilepsie medicatie van invloed kan zijn op anticonceptiemiddelen (zoals de pil) | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 11 Ik weet wat seksuele opwinding voor invloed op mijn epilepsie kan hebben | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

studie



Studie en opleiding

datum	datum	datum	klaar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1 Ik heb plannen gemaakt voor wat ik ga doen als ik klaar ben met school | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 2 Ik weet dat mijn medicatie concentratieproblemen kan veroorzaken | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 3 Ik weet waar ik hulp kan krijgen om mijn opleiding goed te doen | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 4 Ik weet hoe ik aan een stageplaats kan komen | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 5 Ik weet wat ik over mijn epilepsie kan zeggen in een oriënterend gesprek, aanmelding of sollicitatie | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

vervoer



Vervoer

datum	datum	datum	klaar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1 Ik ga zelfstandig met het openbaar vervoer (bus, trein, metro) of de taxi | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 2 Ik neem zelfstandig deel aan het verkeer (lopen, fietsen) | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 3 Ik weet of ik auto mag rijden met mijn epilepsie | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 4 Ik neem zelfstandig deel aan het verkeer (brommer, auto) | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

sport



Sport

datum	datum	datum	klaar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1 Ik heb een gezonde leefstijl en voldoende lichaamsbeweging (sporten, fietsen naar school/werk) | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 2 Ik ben lid van een sportclub of sportschool | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 3 Ik weet dat sommige sporten gevaarlijk kunnen zijn vanwege mijn epilepsie (zoals zwemmen zonder toezicht) | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

vrije tijd



Vrije tijd

datum	datum	datum	klaar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1 Ik ga uit met anderen | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 2 Ik weet dat tot laat uitgaan gevolgen kan hebben voor mijn epilepsie | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 3 Ik weet of bepaalde discolichten van invloed kunnen zijn op mijn epilepsie en weet wat ik daartegen kan doen | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 4 Ik kan zelfstandig op vakantie gaan | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 5 Ik zoek en/of doe activiteiten in mijn (nieuwe) woon-omgeving | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

werk



Werk

datum	datum	datum	klaar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------------------------|
| 1 Ik heb vrijwilligerswerk, een vakantiebaantje of een baan | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 2 Ik weet wat ik wil bereiken in mijn (toekomstige) werk en/of studie | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 3 Ik weet waar ik hulp kan krijgen om mijn werk goed te doen | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 4 Ik weet wie me kan helpen bij het vinden van werk | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |
| 5 Ik weet wat de invloed van mijn epilepsie is op mijn werk | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | <input type="checkbox"/> |

Stap 1: Aan de volgende punten wil ik werken om zelfstandiger te worden:

- 1
- 2
- 3

Stap 2: Welke stappen ga ik ondernemen?

Stap 3: Wanneer ga ik het doen?

Actie:

Datum:

Stap 1: Aan de volgende punten wil ik werken om zelfstandiger te worden:

- 1
- 2
- 3

Stap 2: Welke stappen ga ik ondernemen?

Stap 3: Wanneer ga ik het doen?

Actie:

Datum: