

# Epilepsie Groei-wijzer LVB

## 7 - 13 jaar: Klaar voor de start

Naam: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Als je ouder wordt leer je stap voor stap om dingen zelf te doen. Je krijgt eigen taken. Zo bereid je je voor op later. Soms is dit makkelijk, maar soms ook moeilijk. De Epilepsie Groei-wijzer LVB<sup>1</sup> (licht verstandelijke beperking) helpt je om na te denken over wat je wilt leren als je opgroeit. Dit kan gaan over je kamer opruimen, boodschappen doen of met geld omgaan. Maar ook over hoe je met andere mensen omgaat. En als je groter wordt is het handig om te weten wat epilepsie is en hoe dit voor jou is.



### De Epilepsie Groei-wijzer LVB

De lijst 'Klaar voor de start' is voor kinderen van 7-13 jaar. De lijst gaat over zorgen voor jezelf, gezondheid, dingen doen thuis, vrienden of vriendinnen hebben, naar school gaan, buiten ergens naar toe gaan, sport en wat je doet als je vrij bent. Vul deze lijst in en doe dat samen met je ouders of verzorgers. Praat met hen over wat je al kunt en wat je zou willen leren. Maak samen een plan over de nieuwe dingen die je gaat doen.

### Enkele tips:

- Vul in de Epilepsie Groei-wijzer LVB in wat je al kunt. Zet de datum erboven.
- Praat samen met je ouders over wat jij graag zou willen leren of een keer wil proberen. Misschien zijn dat wel drie dingen.
- Maak samen een plan hoe je dit gaat leren. Dit plan kan je opschrijven aan het eind van de lijst.
- Schrijf ook op wanneer je dit gaat leren en op welke dag.
- Nu ga je doen wat je van plan bent om te leren. Is het moeilijk of gemakkelijk?
- Kijk na een maand weer eens naar de lijst. Misschien heb je al iets geleerd of wil je nu iets anders leren. Je kunt hier altijd hulp bij vragen.



Kenniscentrum  
Zorginnovatie



Academisch Centrum voor Epileptologie  
Kempenhaeghe & Maastricht UMC+



<sup>1</sup> De Epilepsie Groei-wijzer LVB is gebaseerd op de Groei-wijzer die door het UMCG, revalidatiecentrum Blixembosch, Mytlyschool 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 durf te zeggen wat ik ergens van vind				<input checked="" type="checkbox"/>
2 Ik kan nee zeggen als ik iets niet wil doen	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
3 Ik kan zelf hulp vragen	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
4 Ik kan aan anderen vertellen hoe ik me voel	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
5 Ik kan aan anderen vertellen dat ik moeite heb met leren	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
6 Ik kan aan anderen vertellen dat ik epilepsie heb	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
7 Ik kan aan anderen vertellen wat ze moeten doen als ik een epilepsieaanval krijg	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>

zorg



Zorg, gezondheid

	datum	datum	datum	klaar
1 Ik voel wanneer het niet goed met me gaat en kan dit vertellen				<input checked="" type="checkbox"/>
2 Ik begrijp wat de dokter mij vertelt	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
3 Ik weet waarom ik medicijnen gebruik	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
4 Ik denk er zelf aan om mijn medicijnen in te nemen	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>

wonen



Zelfstandigheid en wonen

	datum	datum	datum	klaar
1 Ik kan voor mijzelf zorgen (aankleden, douchen, haren kammen, tanden poetsen, naar de WC gaan)				<input checked="" type="checkbox"/>
2 Ik denk zelf aan mijn spullen (jas, gymtas, schooltas, sportspullen, logeertas)	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
3 Ik doe wel eens een huishoudelijk klusje, zoals tafeldekken of kamer opruimen	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
4 Ik kan een boodschap doen bij een winkel in de buurt	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
5 Ik weet mijn adres	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
6 Ik kan de telefoon gebruiken	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
7 Ik weet hoe ik hulp moet vragen in noodsituaties	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
8 Ik heb afspraken gemaakt met mijn ouders over alleen in een kamer zijn	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>

relaties



Vriendschap en relaties

	datum	datum	datum	klaar
1 Ik heb een vriendje / vriendinnetje	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Ik speel wel een bij vriendjes / vriendinnetjes thuis zonder mijn ouders	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
3 Ik weet hoe ik me moet gedragen bij vriendjes / vriendinnetjes	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
4 Ik weet hoe ik veilig gebruik kan maken van een tablet of computer met internet	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
5 Ik weet dat ik niet met vreemden mee mag gaan	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
6 Ik weet hoe mensen kinderen krijgen	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>

studie



School

	datum	datum	datum	klaar
1 Ik vraag om hulp als ik mijn huiswerk moeilijk vind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Ik denk wel eens over wat ik later wil worden	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
3 Ik doe mee met activiteiten op school	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
4 Ik weet dat ik door mijn epilepsie niet aan alles mee kan doen	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>

vervoer



Vervoer

	datum	datum	datum	klaar
1 Ik ga wel eens met anderen de straat op (lopen, fietsen, rolstoel)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Ik ga wel eens alleen de straat op (lopen, fietsen, rolstoel)	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>
3 Ik reis wel eens met anderen met het openbaar vervoer (bus, trein, metro) of de taxi	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	<input type="checkbox"/>

sport



Sport

	datum	datum	datum	klaar
1 Ik beweeg graag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Ik zit op een sportclub	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"/>

3 Ik kan zwemmen

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

4 Ik weet dat sommige sporten gevaarlijk kunnen zijn vanwege mijn epilepsie (zoals zwemmen zonder toezicht)

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

vrije tijd



**Vrije tijd**

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

1 Ik heb een hobby of zit op een club

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

2 Ik speel wel eens met vriendjes / vriendinnetjes buiten

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

3 Ik logeer wel eens een nachtje zonder mijn ouders

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

**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:

**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:**