

Als behandelteam willen wij u en uw kind graag ondersteunen bij de voorbereiding op meer zelfstandigheid. De komende jaren zal uw kind meerdere veranderingen doormaken, waaronder de overgang van kindzorg naar volwassenenzorg. Doel van het Ready Steady Go programma is, samen met u, uw kind zo optimaal mogelijk voor te ondersteunen om op eigen benen te leren staan.

Door deze vragenlijst in te vullen kan het behandelteam samen met u en uw kind een plan te maken dat past bij de wensen en behoeften.

Vul alstublieft alle vragen in die van toepassing zijn op uw situatie. Twijfelt u over een vraag of antwoord, overleg dan met de arts of verpleegkundige.



KENNIS EN VAARDIGHEDEN	JA	NEE	IK WIL MEER WETEN
Ik begrijp wat 'transitie in zorg' inhoudt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Ik weet wie wie is in het behandelteam en begrijp de verschillen tussen kindzorg en volwassenenzorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Ik weet welke mogelijkheden tot ondersteuning er zijn voor ouders van jongeren met een vergelijkbare aandoening als van mijn kind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Ik begrijp hoe de aandoening van mijn kind zich zou kunnen ontwikkelen als hij/zij volwassen wordt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb vertrouwen in de kennis die mijn kind heeft over zijn/haar aandoening en de behandeling daarvan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Ik begrijp welke veranderingen (lichamelijk, emotioneel en psychosociaal) mijn kind doormaakt tijdens de puberteit/adolescentie en hoe dit zijn/haar aandoening kan beïnvloeden en omgekeerd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb vertrouwen in mijn eigen vermogen om mijn kind te begeleiden naar zelf verantwoordelijk zijn voor zijn/haar medicatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb er vertrouwen in dat ik mijn zoon/dochter kan leren zelfstandig om te gaan met zijn/haar aandoening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:			

ZELFSTANDIGHEID STIMULEREN: DAGELIJKS LEVEN	JA	NEE	IK WIL MEER WETEN
Ik stimuleer mijn kind in zijn/ haar zelfstandigheid ten aanzien van: aankleden, douchen, eten klaarmaken, enz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan mijn kind adviseren over rechten op uitkeringen/toeslagen (indien van toepassing)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:			

ZELFSTANDIGHEID STIMULEREN: VOOR UW KIND EN UZELF OPKOMEN	JA	NEE	IK WIL MEER WETEN
Ik ben er zeker van dat mijn kind zich alleen in de spreekkamer kan redden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Ik begrijp het recht dat mijn kind heeft op privacy in de zorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Ik weet dat mijn kind medebeslissingsrecht heeft in de zorg en als hij/zij 16 jaar wordt alleen mag beslissen (WGBO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Ik begrijp welke rechten ik heb in het nemen van de beslissingen over de gezondheid van mijn kind en ik gebruik daarbij de drie goede vragen (3goedevragen.nl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Ik zou meer informatie willen over waar ik hulp kan krijgen voor het omgaan met mijn eigen emoties en die van mijn kind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:			

GEZONDE LEEFSTIJL		IK WIL MEER WETEN
Ik stimuleer mijn kind om regelmatig te sporten/in het hebben van actieve leefstijl. Ik ben me bewust van eventuele beperkingen die er voor mijn kind zijn	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik begrijp wat gezond eten inhoudt en waarom het belangrijk is voor de gezondheid van mijn kind	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik begrijp de gevaren van alcohol, drugs en roken voor de gezondheid van mijn kind	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik kan mijn kind verwijzen naar betrouwbare informatie over seks en veilig vrijen	JA NEE	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:		

VOORBEREIDING OP DE VOLWASSENENZORG		IK WIL MEER WETEN
Ik denk dat ik mijn kind kan leren zelfstandig herhalingsrecepten te vragen, medicijnen op te halen en poli-afspraken te plannen	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik ben op de hoogte van het plan voor de medische zorg van mijn kind als hij/zij volwassen is	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik weet wat er gaat veranderen na de 18 ^e verjaardag van mijn kind ten aanzien van zorgverzekering, eigen bijdrage, studiefinanciering, rechten en plichten	JA NEE	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:		

NOTEER HIER WELKE (ANDERE) ONDERWERPEN U MET ONS ZOU WILLEN BESPREKEN:

.....

.....

.....

