



Dit is Ready Steady Go: een methode om jou te helpen om nog zelfstandiger te worden. De bedoeling is dat je straks 'op eigen benen' kunt staan en klaar bent om over te stappen naar de zorg voor volwassenen.

Deze vragen kun je met je zorgverlener (bijvoorbeeld arts of verpleegkundige) en je ouders bespreken. Samen maken jullie dan een plan.

Vul alsjeblieft alle vragen in die van toepassing zijn op jouw situatie.

Twijfel je over een vraag of antwoord, overleg dan met je zorgverlener.

KENNIS EN VAARDIGHEDEN		
Ik begrijp de medische woorden en procedures die te maken hebben met mijn aandoening	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik begrijp waar mijn medicijnen voor zijn bedoeld en ken de bijwerkingen	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik weet wat elk lid van het medisch team voor me kan doen	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Thuis ben ik verantwoordelijk voor mijn medicatie	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik vraag zelf om herhalingsrecepten en haal de medicijnen op. Ook plan ik zelf mijn afspraken op de poli	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik begrijp de verschillen tussen kinderzorg en volwassenenzorg	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik weet welke mogelijkheden tot ondersteuning er zijn voor jongeren met mijn aandoening	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik kan mijn vrienden uitleggen wat mijn aandoening inhoudt	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik bel zelf met het ziekenhuis als ik een vraag heb of me zorgen maak over mijn aandoening of behandeling	JA NEE	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:		

OPKOMEN VOOR JEZELF	IK WIL MEER WETEN
Ik heb er vertrouwen in dat ik een (deel van de) afspraak bij de dokter of verpleegkundige alleen kan doen (zonder ouders) en dat ik zelf vragen kan stellen	JA NEE <input type="checkbox"/>
Ik begrijp mijn recht op privacy in de zorg	JA NEE <input type="checkbox"/>
Ik begrijp welke rechten ik heb in het nemen van de beslissingen over mijn gezondheid en ik gebruik daarbij de drie goede vragen (3goedevragen.nl)	JA NEE <input type="checkbox"/>
OPMERKING:	

GEZONDHEID EN LEEFSTIJL	IK WIL MEER WETEN
Ik doe regelmatig aan sport/ik heb een actieve leefstijl	JA NEE <input type="checkbox"/>
Ik begrijp de gevaren van alcohol, drugs en roken voor mijn gezondheid	JA NEE <input type="checkbox"/>
Ik begrijp wat gezond eten inhoudt en waarom het belangrijk is voor mijn gezondheid	JA NEE <input type="checkbox"/>
Ik weet waar ik betrouwbare informatie kan vinden over seks en veilig vrijen	JA NEE <input type="checkbox"/>
Ik begrijp wat de gevolgen van mijn aandoening/medicatie zijn op kinderen krijgen en zwangerschap	JA NEE <input type="checkbox"/>
Ik weet dat mijn aandoening invloed kan hebben op mijn ontwikkeling, bijv. tijdens de puberteit	JA NEE <input type="checkbox"/>
OPMERKING:	

DAGELIJKSE ACTIVITEITEN		IK WIL MEER WETEN
Ik kan thuis voor mezelf zorgen wat betreft aankleden, douchen, enz.	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik maak mijn eigen lunch klaar en pak mijn schooltas in	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik weet wat ik moet regelen als ik op reis of vakantie ga bijvoorbeeld m.b.t. medicatie en vaccinaties	JA NEE	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:		

		IK WIL MEER WETEN
Ik red me goed op school, bijv. naar school reizen, schoolwerk, gym, vrienden, enz.	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik weet wat ik wil gaan doen als ik van school ga	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik heb al wat werk- of stage-ervaring	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik ben mij bewust van de mogelijke invloed van mijn aandoening op mijn opleidings- of werkmogelijkheden	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik weet welke richting ik op wil ten aanzien van mijn school en toekomstige werk	JA NEE	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:		

VRIJE TIJD		IK WIL MEER WETEN
Ik kan het openbaar vervoer gebruiken en in mijn buurt winkels, bioscoop e.d. bezoeken	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik zie mijn vrienden ook buiten schooltijd	JA NEE	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:		

		IK WIL MEER WETEN
Ik kan omgaan met vervelende opmerkingen of pesten	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik kan omgaan met gevoelens zoals boosheid of angst	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik heb iemand met wie ik kan praten over mijn gevoelens	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik zou graag informatie willen krijgen over waar ik hulp kan krijgen voor het omgaan met mijn gevoelens	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik ben tevreden over de manier waarop ik bij anderen overkom	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik ben op dit moment gelukkig met mijn leven	JA NEE	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:		

		IK WIL MEER WETEN
Ik weet dat ik straks (rond mijn 18 <sup>e</sup> ) overstap naar de volwassenenzorg ('transitie'), wat dat inhoudt en welke informatie er dan over mij wordt overgedragen	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik ben op de hoogte van het plan voor mijn medische zorg als ik volwassen ben	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik wil graag meer informatie over de afdeling waar ik later naar overstap	JA NEE	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:		

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

.....

.....

