



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 WIL MEER WETEN
Ik heb vertrouwen in mijn kennis over mijn aandoening en de behandeling daarvan	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik begrijp hoe mijn aandoening zich verder ontwikkelt naarmate ik ouder word	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik begrijp waar mijn medicijnen voor zijn bedoeld en ken de bijwerkingen	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 weet welke mogelijkheden tot ondersteuning er zijn voor jongeren met mijn aandoening	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik weet met wie ik contact moet zoeken als ik me zorgen maak over mijn gezondheid	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik bel zelf met het ziekenhuis als ik een vraag heb over mijn aandoening of behandeling	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Mijn partner weet hoe hij/zij moet omgaan met mijn aandoening	JA NEE	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:		

OPKOMEN VOOR JEZELF		IK WIL MEER WETEN
Ik ben er zeker van dat ik mij in de spreekkamer alleen kan redden	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik begrijp mijn recht op privacy in de zorg	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik begrijp mijn rol bij gedeelde besluitvorming met het behandelteam en ik gebruik de drie goede vragen ( <a href="http://www.3goedevragen.nl">www.3goedevragen.nl</a> )	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 voor kinderen krijgen en zwangerschap	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik weet dat mijn aandoening invloed kan hebben op hoe ik me voel en functioneer, bijv. vermoeidheid, seksueel functioneren, vruchtbaarheid	JA NEE	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:		

DAGELIJKSE ACTIVITEITEN		IK WIL MEER WETEN
Ik ben thuis zelfstandig voor wat betreft aankleden, douchen, eten klaarmaken, enz.	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik kan autorijden/volg autorijles en weet waar ik rekening mee moeten houden	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"/>
Ik weet welke rechten ik heb op uitkeringen/toeslagen (indien van toepassing)	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik weet wat ik moet regelen als ik op mezelf ga wonen	JA NEE	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:		

SCHOOL EN JE TOEKOMST		IK WIL MEER WETEN
Ik kan me redden op mijn opleiding/werk, bijv. daar komen en me verplaatsen, het soort werk, enz.	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik heb een plan voor de toekomst/carrièreplan (graag toelichten)	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik heb al (vrijwilligers)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 waar ik terecht kan voor loopbaanadvies	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 buiten mijn werk of studie	JA NEE	<input type="checkbox"/>
OPMERKING:		

OMGAAN MET JE GEVOELENS		IK WIL MEER WETEN
Ik kan omgaan met vervelende opmerkingen of pesten	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik heb er vertrouwen in dat ik anderen, bijv. vrienden, familie en werkgevers, over mijn aandoening kan vertellen	JA NEE	<input type="checkbox"/>
Ik kan om gaan 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:	JA NEE	<input type="checkbox"/>

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

.....

.....

.....

