Transitionsprogramm

DATUM	ABSCHNITTS NUMMER	NOTIZEN ZU FORTSCHRITT UND ZIELEN

(K) WISSEN

		R	S	G
1.	Beschreibt die Erkrankung, deren Auswirkungen und Prognose	☐	☐	☐
2.	Versteht den Sinn und Nutzen der Medikation sowie deren Wirkung	☐	☐	☐
3.	Versteht Nutzen und Absicht der Behandlung und deren Effekte	☐	☐	☐
4.	Kennt die wesentlichen Ansprechpartner und ihre Funktion im Team	☐	☐	☐

(S) SELBSTVERTRETUNG

1.	Nimmt Teile oder ganze Ambulanztermine selbständig wahr	☐	☐	☐
2.	Ist in der Lage, selbständig Termine zu machen und diese auch bei Bedarf zu verlegen	☐	☐	☐
3.	Versteht Vertraulichkeit und Verschwiegenheitspflicht	☐	☐	☐
4.	Bestellt Folgerezepte	☐	☐	☐
5.	Übernimmt Verantwortung für Teile oder die gesamte Behandlung und Medikation	☐	☐	☐
6.	Weiß, wo er / sie Hilfe bekommen kann	☐	☐	☐

(H) GESUNDHEIT UND LEBENSFÜHRUNG

1.	Versteht die Bedeutung von Ernährung, Sport, Zahnpflege…	☐	☐	☐
2.	Versteht die Folgen von Rauchen/ Alkohol / Substanzmissbrauch	☐	☐	☐
3.	Versteht relevante Aspekte sexueller Gesundheit / Schwangerschaft, Familienplanung / sexuell übertragbarer Erkrankungen	☐	☐	☐

(A) AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS

1.	Selbstpflege, Nahrungszubereitung	☐	☐	☐
2.	Mobilität	☐	☐	☐
3.	Ausflüge, Reisen, Abwesenheiten von Zuhause	☐	☐	☐
4.	Nachteilsausgleiche und sozialrechtliche Ansprüche	☐	☐	☐

Transitionsprogramm

(V) AUSBILDUNG

		R	S	G
1.	Aktuelle und zukünftige Ausbildung sowie mögliche Auswirkungen der Erkrankung auf die Karrierepläne	☐	☐	☐
2.	Schulbesuch und Schulleistung	☐	☐	☐
3.	Arbeitserfahrung und Zugang zu Berufsberatung	☐	☐	☐
4.	Freizeitaktivitäten und Interessen	☐	☐	☐
5.	Offenlegung gegenüber Schule und Arbeitgeber	☐	☐	☐

(P) PSYCHOSOZIAL

1.	Selbstachtung / Selbstbewusstsein	☐	☐	☐
2.	Körper & Körperbild	☐	☐	☐
3.	Soziale Beziehungen & Mobbing	☐	☐	☐
4.	Unterstützungsnetzwerke, Familie, Offenbarung ggü. Freunden	☐	☐	☐
5.	Verarbeitungsstrategien / Bewältigungsmechanismen	☐	☐	☐

(T) TRANSITION

1.	Versteht das Konzept von Transition	☐	☐	☐
2.	Stimmt dem Transitionsplan zu	☐	☐	☐
3.	Nimmt Ambulanztermine wahr	☐	☐	☐
4.	Nimmt Termine im Erwachsenenzentrum wahr (falls zutreffend)	☐	☐	☐
5.	Geht selbständig zum Hausarzt	☐	☐	☐

Ready Datum _____ Unterschrift _____

Steady Datum _____ Unterschrift _____

Go Datum _____ Unterschrift _____

Transitionsprogramm

Bitte ankreuzen und Datum notieren, wann die Themen angesprochen und behandelt wurden. Details in Freitext-Notizen mit Verweis auf den relevanten Abschnitt über Codierung (z.B. K2, A3)

DATUM	ABSCHNITTS NUMMER	NOTIZEN ZU FORTSCHRITT UND ZIELEN