

Checklist Life Events

H. Hermans & H.M. Evenhuis

Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten, Erasmus MC, Rotterdam, 2008

Naam cliënt: M/V

Geboortedatum:

Ingevuld door:

Datum invulling:

Invulinstructie:

Geef aan welke gebeurtenissen de cliënt heeft meegemaakt in de afgelopen 12 maanden door 'ja' aan te vinken bij 'meegemaakt'. Als de cliënt een bepaalde gebeurtenis heeft meegemaakt: geef aan of deze gebeurtenis als negatief werd ervaren door de cliënt (liet de cliënt merken dit een vervelende gebeurtenis te vinden/ had deze gebeurtenis een negatieve invloed op zijn/haar dagelijks leven) door 'ja' aan te vinken bij 'negatief'.

Life event	Meegemaakt	Negatief
1. Structurele verandering van personeel in de woonvoorziening of dagbesteding	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2. Nieuwe bewoner/collega in de woonvoorziening/ op dagbesteding of werk	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3. Lichte lichamelijke ziekte of verwonding	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4. Erge lichamelijke ziekte of verwonding	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5. Overgang (indien niet van toepassing 'nee' invullen)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6. Snel verlies van visus of gehoor	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
7. Vermindering of verlies van mobiliteit	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8. Alcoholproblemen en/of drugsproblemen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
9. Problemen met politie en/of autoriteiten	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
10. Financiële problemen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
11. Verlies of verandering van persoonlijk begeleider	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
12. Ernstige ziekte van familie, verzorger of vriend	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
13. Overlijden van een familielid of vriend	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
14. Overlijden van een belangrijk persoon (anders dan familie of vriend)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Life event	Meegemaakt	Negatief
15. Scheiden na lange relatie/ lange relatie die verbroken is	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
16. Verandering in de hoeveelheid bezoeken aan/van familie of vrienden	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
17. Iets waardevols verliezen (door bijvoorbeeld diefstal of plaatsgebrek)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
18. Verlies van de mogelijkheid tot hobby's of deelname aan recreatie	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
19. Problemen met een andere bewoner of cliënt (bijv. fysieke agressie)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
20. Problemen met een familielid, vriend (geen cliënt) of medewerker van de organisatie	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
21. Seksuele problemen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
22. Verhuizing naar een andere kamer binnen de woonvoorziening of naar een andere woning	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
23. Verhuizing van thuiswonend naar zorgorganisatie	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
24. Verandering op of van werk/dagbesteding	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
25. Ontslagen van het werk/ werkloosheid	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
26. Gestopt met werken/dagbesteding (bijvoorbeeld wegens pensioen)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
27. Inbraak	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
28. Op vakantie geweest	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee