



Laura Rosenvinge (A)

## Spørgsmål om sundhedsplejerskeskema uden plads til familier med flere forældre

09-02-2023

Sagsnummer I F2  
2023 - 2073

Kære Laura

Dokumentnummer i F2  
2650147

Du har den 1. februar 2023 stillet følgende spørgsmål til forvaltningen om sundhedsplejerskeskema uden plads til familier med flere forældre:

Sagsnummer i eDoc  
2023-0043760

1. *Hvordan sikre BUF at inkludere familieformer med flere forældre?*
2. *Kan forvaltningen forklare, hvorfor der udsendes skemaer som dette uden plads til flere end to forældre, trods vi har vedtaget en politik i KK der siger: "Forvaltningen sikrer en fordomsfri og kønsneutral kommunikation med borgere og forældre på diverse digitale platforme, der anvendes ved kontakt med forvaltningen og forvaltningens systemer; f.eks. ved skoleindskrivning"*

### Besvarelse

#### Ad1

Alle medarbejdere i Børne- og Ungdomsforvaltningen (BUF) er orienteret om vejledningen i kønsinkluderende sprogbrug, den anvendes i når materialer skal opdateres og nyudvikles.

#### Ad2

Systemer, hvor der indgår oplysninger om forældre, er opbygget ud fra de nationale myndigheders gældende muligheder. Det betyder, at der kun er mulighed for at registrere to forældre, og det udsendte skema følger denne opbygning.

Forvaltningen tilpasser det omtalte skema i nærmeste fremtid og vil i den forbindelse tage udgangspunkt i vejledningen om kønsinkluderende sprogbrug og ændre benævnelserne "far" og "mor" til fx forældre.

Supplerende til de oplysninger, der hentes skriftligt, indhenter sundhedsplejen i samtalen med den enkelte familie anden viden om familiens forhold, så det er muligt at tage højde for f.eks. familiekonstellationer i samarbejdet.

Center for Politik og HR  
Ledelsessekretariatet  
Rådhuspladsen 1 1550  
København V

EAN-nummer  
5798009382160

# Spørgsmål til hjemmet

## Barnet

Navn (kaldenavn understreges)	Cpr.nr.
Sprog (alle talte sprog med det vigtigste først)	
Bor sammen med: Begge forældre <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/>	Forældremyndighed: Fælles <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/>
Deleordning, hvordan?	

## Mor

Navn	Cpr.nr.	Nationalitet
Adresse		Tlf.nr. privat
Stilling		Tlf.nr. arbejde

## Far

Navn	Cpr.nr.	Nationalitet
Adresse		Tlf.nr. privat
Stilling		Tlf.nr. arbejde

## Søskende

Navn	Pige/dreng	Fødselsår	Skole/daginstitution	Klasse

## Barnets første tid

Hvordan forløb graviditet og fødsel? Hvis der var problemer, beskriv hvilke:			
Fødselsvægt	gram	Fødselslængde	cm
Hvordan forløb familiens første år med barnet? Hvis der var problemer, beskriv hvilke:			

## Barnets udvikling

Hvordan har jeres barns taleudvikling været?	Normal <input type="checkbox"/>	Der har været problemer, hvilke? <input type="checkbox"/>
Hvordan har jeres barn klaret sig motorisk? F.eks. mht. at kravle, gå, cykle, hoppe, boldlege, tegne, sjipte, smøre mad	Normal <input type="checkbox"/>	Der har været problemer, hvilke? <input type="checkbox"/>
Hvordan er jeres barns evne til at koncentrere sig?	Normal <input type="checkbox"/>	Der har været problemer, hvilke? <input type="checkbox"/>

**Barnets helbred**

Er der sygdomme i familien?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, hvilke? <input type="checkbox"/>
Har jeres barn haft problemer med: Ørene/hørelsen Øjnene/synet	Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja, uddyb: <input type="checkbox"/> Ja, uddyb: <input type="checkbox"/>
Har jeres barn symptomer på: Allergi Astma Hvis ja, hvordan påvirker det jeres hverdag?	Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja, hvilke? <input type="checkbox"/> Ja, hvilke? <input type="checkbox"/>
Har jeres barn kronisk sygdom eller handicap? Hvis ja, hvordan påvirker det jeres hverdag? Har jeres barn brug for støtte i skolen? Har der været støtte i børnehaven?	Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja, hvilke? <input type="checkbox"/> Ja, hvilke <input type="checkbox"/> Ja, hvilke <input type="checkbox"/>
Har jeres barn haft andre helbredsproblemer?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, hvilke? <input type="checkbox"/>
Får jeres barn medicin? Hvis ja, kan barnet selv tage medicinen	Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja, hvilke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Har jeres barn problemer med vandladningen?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Om dagen <input type="checkbox"/> Om natten <input type="checkbox"/>
Har jeres barn problemer med afføringen?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, hvilke? <input type="checkbox"/>
Hvis jeres barn er dreng, er begge sten i pungen?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Har jeres barn klager på grund af: Hovedpine Ondt i maven Andet	Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja, uddyb: <input type="checkbox"/> Ja, uddyb: <input type="checkbox"/> Ja, uddyb: <input type="checkbox"/>

**Hvilke vaccinationer har jeres barn fået?**

Vaccine	1. gang/år	2. gang/år	3. gang/år	Vaccine	1. gang/år
DiTeKiPolHib+PCV				DiTeKiPol-5 år	
MFR HPV				Ekstra stivkrampe	

**Kontakt til egen læge**

Har jeres barn fulgt de årlige helbredsundersøgelser hos egen læge?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hvad var jeres barns vægt og højde ved 5 års undersøgelsen?	Vægt:	Højde: Dato:
Hvad er forældrenes højde?	Mor:	Far:

**Børnehave, fritidsaktiviteter**

Har jeres barn gået i børnehave Deltager jeres barn i fritidsaktiviteter udenfor skoletid?	Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja, hvilke(n)? <input type="checkbox"/> Ja, hvilke(n)? <input type="checkbox"/>
---	--	--

**Barnets læge**

Navn	Tlf. nr.
------	----------

**Dato og underskrift**

Forældre/væрге
----------------