

PROFESNÍ DOTAZNÍK						
Příjmení, jméno:				rodné číslo:		
adresa trvalého pobytu						
kontaktní adresa				telefon:		
Vzdělání a kvalifikace						
typ vzdělání	druh školy, obor, odbornost		doba studia od - do		druh zkoušky	
základní						
střední nebo odborné						
vysokoškolské						
postgraduální studium						
kursy, školení, stáže						
Odborné znalosti a dovednosti						
(práce s počítačem, řidičský průkaz, jazykové znalosti, státní zkoušky)						
Průběh vykonávaných profesí						
zaměstnavatel	profese	úvazek	délka zaměstnání			
			od	do		
zaměstnání v současnosti*: pracuje - nepracuje		zaměstnavatel (úřad práce v):				
současná profese, pracovní zařazení (druh a popis vykonávané práce, od kdy):						
vykonávaná práce	fyzicky*	lehká	psychicky*	nenáročná	úvazek	hodin týdně
		středně těžká		středně zatěžující		
		těžká		náročná		
provoz*:	1-pravidelný denní, 2-pravidelný+noční směny, 3-směnný denní, 4-směnný+noční směny, 5-příležitostná práce					
Prohlašuji, že jsem všechny údaje vyplnil/a úplně a pravdivě.						
datum vyplnění:			podpis:			

ČSSZ/ÚSSZ/IPZS vyžaduje a zpracovává osobní údaje v souladu s právními předpisy pro ochranu osobních údajů a pouze k legitimním účelům. Více informací naleznete na <https://www.cssz.cz/web/cz/gdpr-informace-o-zpracovani-osobnich-udaju> a na <https://www.ipzs.cz/gdpr>.

Poznámky: Pokud nebylo konkrétní vzdělání (škola) dokončeno, ve sloupci "druh zkoušky" se doplní poznámka "nedokončeno".
 Při nedostatku místa použijte další dotazník k doplnění chybějících údajů.
 *nehodící se škrtněte

Vyjádření žadatele k pracovní schopnosti v souvislosti se zdravotním stavem

(Tento dotazník má upřesnit pohled klienta na jeho pracovní schopnosti. Nemoc sama totiž není automatickým důvodem k uznání invalidity. Podstatný je objektivně doložený pokles pracovní schopnosti způsobený dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, který trvá i při dodržování režimových opatření a užívání léků).

- Užíváte v současné době nějaké léky? ☐ ANO ☐ NE
– *uved'te jaké:*
- Navštěvujete nějaké specializované ambulance? *-uved'te jméno lékaře, odbornost, adresu, datum poslední návštěvy, případně data další kontroly:*
- Vyskytují se u Vás potíže se zrakem/sluchem? ☐ ANO ☐ NE
– *jak vás omezují v pracovní schopnosti:*
- Od kdy se cítíte být omezený či neschopný k práci a proč?
- Považujete svůj duševní stav za vyrovnaný? ☐ ANO ☐ NE
– *pokud ne, jak Vás to omezuje v pracovní schopnosti:*
- Máte v současné době pohybové obtíže, které Vás omezují v pracovní schopnosti? ☐ ANO ☐ NE
- Trpíte-li trvalými následky po úrazu či operaci, které zůstaly i po ukončení léčby (chronické poruchy),
uved'te:
datum úrazu, co se stalo, následky úrazu: *datum ukončení léčby:*

datum operace, co bylo operováno: *datum ukončení léčby:*
- Jakou konkrétní poruchu svého zdraví považujete za hlavní příčinu svého pracovního omezení, nebo pracovní neschopnosti?
- Jak konkrétně Vás v práci zdravotní potíže omezují?
- Máte ze zdravotních důvodů v plánu změnit práci nebo snížit úvazek? ☐ ANO ☐ NE ☐ již jsem změnil/a

Prohlašuji, že údaje, které jsem v dotazníku vyplnil/a, jsou úplné a pravdivé.

datum

podpis

ČSSZ/ÚSSZ/IPZS vyžaduje a zpracovává osobní údaje v souladu s právními předpisy pro ochranu osobních údajů a pouze k legitimním účelům. Více informací naleznete na <https://www.cssz.cz/web/cz/gdpr-informace-o-zpracovani-osobnich-udaju> a na <https://www.ipzs.cz/gdpr>.