**Behinderungsanzeige**

Behinderungsanzeige  
  
Mitarbeiter: [Name]  
Abteilung: [Abteilung]  
Datum: [TT.MM.JJJJ]  
  
Grund der Behinderung:  
- [Kurzbeschreibung]  
  
Erwartete Dauer der Behinderung:  
- [Dauer]  
  
Maßnahmen zur Problemlösung:  
- [Lösungsvorschläge]  
  
Unterschrift Mitarbeiter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vorgesetzter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_