**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_