



HINWEIS:

Dieses interaktive PDF ist für Verwendung mit der kostenlosen Desktop-Software Acrobat Reader erstellt worden. Bei der Nutzung von anderen PDF-Betrachtungsprogrammen oder PDF-Browser-Plugins sind eventuell nicht alle Funktionen verfügbar und es kann zu falschen Ergebnissen kommen. Das gleiche gilt für die Verwendung der Acrobat Reader App für mobile Endgeräte.

Sportmedizinischer Untersuchungsbogen Basketball

Stand: 08/2023



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen Basketball

Stand: 08/2023

Sportmedizinischer Untersuchungsbogen Basketball

Dieser sportmedizinische Untersuchungsbogen gilt für

- Spieler der Basketball-Bundesliga und der ProA Liga (Stufe 1),
- Spielerinnen der Damen-Basketball-Bundesliga und Spieler der ProB Liga (Stufe 2),
- Spielerinnen der 2. Damen-Basketball-Bundesliga sowie Spieler der Nachwuchs- und Jugend-Basketball-Bundesliga (Stufe 3).

Für alle Spielerinnen und Spieler sind alle grundlegenden Untersuchungen durchzuführen.

In den Stufen 1 und 2 sind zusätzlich ein Belastungs-EKG (Seite 18) und ein Labor (Seite 19) erforderlich.

In den Stufen 1 und 2 ist entweder die VBG-Präventivdiagnostik oder Functional Movement Screen durchzuführen (siehe Bescheinigungen).

In der Stufe 1 ist darüber hinaus eine Farbdoppler-Echokardiographie (Seite 19) sowie ein erweitertes Labor (Seite 19) notwendig.

Kategorie	Stufe 1 (BBL und ProA)	Stufe 2 (DBBL und ProB)	Stufe 3 (2. DBBL, NBBL und JBBL)
Grundlegende Untersuchungen (Seiten 7 bis 18)	X	X	X
VBG-Präventivdiagnostik oder Functional Movement Screen (Bescheinigung auf den Seiten 3 bis 6)	X	X	nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe
Belastungs-EKG (Seite 18)	X	X	nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe
Farbdoppler-EKG (Seite 19)	X	nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe	nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe
Labor	X	X	nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe
Erweitertes Labor (Seite 19)	X	nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe	nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe

Hinweis:

Die Durchführung der VBG-Präventivdiagnostik kann von der VBG prämiert werden, siehe www.vbg.de/praemienverfahrensport.



Bescheinigung

über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder des untersuchenden Sportarztes:

Name Spieler/Spielerin:

Geburtsdatum: _____

Der Spieler/die Spielerin _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt.

Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Für Spielerinnen der 2. Damen-Basketball-Bundesliga sowie Spieler der Nachwuchs- und Jugend-Basketball-Bundesliga **nicht obligat**.

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler oder -spielerin

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler oder -spielerin

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/Spielerin

Unterschrift Club

Unterschrift Ärztin/Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder
des untersuchenden Sportarztes:

Name Spieler/Spielerin:

Geburtsdatum:

Der Spieler/die Spielerin _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt.

Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Für Spielerinnen der 2. Damen-Basketball-Bundesliga sowie Spieler der Nachwuchs- und Jugend-Basketball-Bundesliga **nicht obligat**.

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler oder -spielerin

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler oder -spielerin

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/Spielerin

Unterschrift Club

Unterschrift Ärztin/Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



Bescheinigung

über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder des untersuchenden Sportarztes:

Name Spieler/Spielerin:

Geburtsdatum: _____

Der Spieler/die Spielerin _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt.

Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Für Spielerinnen der 2. Damen-Basketball-Bundesliga sowie Spieler der Nachwuchs- und Jugend-Basketball-Bundesliga **nicht obligat**.

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler oder -spielerin

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler oder -spielerin

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/Spielerin

Unterschrift Club

Unterschrift Ärztin/Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder
des untersuchenden Sportarztes:

Name Spieler/Spielerin:

Geburtsdatum:

Der Spieler/die Spielerin _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt.

Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Für Spielerinnen der 2. Damen-Basketball-Bundesliga sowie Spieler der Nachwuchs- und Jugend-Basketball-Bundesliga **nicht obligat**.

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler oder -spielerin

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler oder -spielerin

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/Spielerin

Unterschrift Club

Unterschrift Ärztin/Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Orthopädisch-chirurgischer Teil

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder des untersuchenden Sportarztes:

Name Spieler/Spielerin:

Geburtsdatum: _____

Untersuchungsdatum: _____

Der Spieler/die Spielerin _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Club: _____

Daten Spieler/Spielerin:

Anschrift: _____

Nationalität: _____

Sportart: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Sprungbein: _____

Händigkeit: _____



Orthopädisch-chirurgische Anamnese

Orthopädisch-chirurgischer Teil

Name Spieler/Spielerin: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Krankenhausaufenthalte (vollständig/zeitlich geordnet):

Operationen (vollständig/zeitlich geordnet):

Unfälle (vollständig/zeitlich geordnet):

Bemerkungen:



Rumpf Untersuchungsergebnis

Name Spieler/Spielerin: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Körperregion	Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.
Wirbelsäule			
Klopfschmerz			
Kyphose/Skoliose			
Abstand Fingerkuppen – Fußboden _____ cm			
Schober-Zeichen L1–L5 (10–15 cm) _____ cm			
Sonstiges			
Rückenmuskulatur			
Bauchwand (Leistenhernie)			
Rumpfmuskulatur			
Beckenstand			
Beinlängendifferenz _____ cm			
Iliosakralgelenk			
Hypermobile Gelenke J N			
HWS (Kopf)			
Vor-/Rück-Neigung (45–0–45)			
Rechts-/Links-Neigung (45–0–45)			
Rechts-/Links-Drehung (80–0–80)			
LWS (Rumpf)			
Vor-/Rück-Neigung (90–0–30)			
Rechts-/Links-Neigung (30–0–30)			



Untere Extremitäten Untersuchungsergebnis

Name Spieler/Spielerin: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Körperregion	Handlungsbedarf links			Handlungsbedarf rechts		
	o.B.	diagn.	therap.	o.B.	diagn.	therap.
Beinachse funktionell						
Beinachse O-/X-Bein						
Hüftgelenk						
Impingementzeichen						
Kniegelenk						
Schwellung/Erguss						
Patella/Patellasehne						
Innenband/Außenband						
vorderes/hinteres Kreuzband						
Meniskus (innen/außen)						
Sprunggelenk						
Bandinstabilität						
Achillessehne						
Fußdeformitäten						
Zehendeformitäten						
Hauterkrankungen Nägel/Pilze						

Nur pathologische Befunde

Bewegungsmaße nach Neutral-Null-Methode	links	rechts
Hüftgelenk		
Strecken/Beugen (10–0–130)		
Abspreizen/Anführen (40–0–30)		
Auswärts-/Einwärtsdrehen (90) (40–0–90)		
Kniegelenk		
Strecken/Beugen (0–0–140)		
Sprunggelenk		
Strecken/Beugen (20–0–60)		



Obere Extremitäten Untersuchungsergebnis

Name Spieler/Spielerin: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Körperregion	Handlungsbedarf links			Handlungsbedarf rechts		
	o.B.	diagn.	therap.	o.B.	diagn.	therap.
Schultergelenk						
Rotatorenmanschette/Bizepssehne						
Acromioclaviculargelenk						
Sternoclaviculargelenk						
Impingement						
Instabilität						
Ellenbogengelenk						
Instabilität						
Handgelenk						
Schmerzangabe						
Instabilität						
Finger						
Gelenkverletzungen						
Bandinstabilität						

Nur pathologische Befunde

Bewegungsmaße nach Neutral-Null-Methode	links	rechts
Schulter		
Abspreizen/Anführen (180–0–40)		
Rück-/Vorheben (40–0–180)		
Auswärts-/Einwärtsdrehen (90) (50–0–30)		
Ellenbogen		
Strecken/Beugen (10–0–150)		
Auswärts-/Einwärtsdrehen (60–0–90)		
Handgelenk		
Heben/Senken (60–0–60)		
ellenwärts/speichenwärts (20–0–20)		



Hinweise und Maßnahmen

Name Spieler/Spielerin: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Hinweise für Athleten/-innen, Trainer/-innen und Verbandsärztin/-arzt:

Präventive oder therapeutische Maßnahmen:



Hinweise und Maßnahmen

Name Spieler/Spielerin: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Hinweise für Athleten/-innen, Trainer/-innen und Verbandsärztin/-arzt:

Präventive oder therapeutische Maßnahmen:



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder
des untersuchenden Sportarztes:

Name Spieler/Spielerin:

Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

Der Spieler/die Spielerin _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Club: _____

Daten Spieler/Spielerin:

Anschrift: _____

Nationalität: _____

Sportart: _____



Internistisch-allgemeinmedizinische Anamnese

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Name Spieler/Spielerin: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Sportanamnese (zum Beispiel Anzahl der Trainingsjahre, Trainingsstunden pro Woche, Spielposition):

Krankheitsanamnese (zum Beispiel Kinderkrankheiten, frühere Krankheiten der inneren Organe und Sinnesorgane, besondere Infektionskrankheiten, Allergien, sonstige Erkrankungen, Schwindelattacken, Synkopen, pektanginöse Beschwerden, grippaler Infekt mit Herzstolpern, Herzrasen):

Familienanamnese (zum Beispiel plötzlicher Herztod):

Impfstatus (zum Beispiel Tetanus, Polio, Diphtherie, Hepatitis A und B):

Medikamente:

Frühere Untersuchungen:

letzte augenärztliche Kontrolle: _____

letzte zahnärztliche Untersuchung: _____

letzte HNO-Untersuchung: _____

wichtige frühere Untersuchungen: _____



Internistisch-allgemeinmedizinische Anamnese

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Name Spieler/Spielerin: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Aktuelle Beschwerden (zum Beispiel Schmerzen, Luftnot, Pulsunregelmäßigkeiten, Schwindel, Husten, Auswurf, Gewichtsveränderungen, Appetitstörungen, Schlafstörungen, Auffälligkeiten beim Wasserlassen und Stuhlgang):



Allgemeinbefund/Auffälligkeiten

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Name Spieler/Spielerin: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Körpergröße (cm): _____

Körpergewicht (kg): _____

Lymphknoten: _____

Sinnesorgane: _____

Nasen-/Rachenraum: _____

Zähne (Zahnfleischbluten, fehlende Zähne, Schmerzen): _____

Halsregion: _____

Thorax (Inspektion): _____

Herz: _____

Lunge: _____

Abdominalorgane (einschl. Nierenlager): _____

Gefäßsystem (Arterienpuls, Gefäßgeräusche, Venensystem): _____

Haut: _____

Nervensystem: _____

Bemerkungen:



Herz-Kreislauf-Funktionsprüfung

Präventiv-diagnostisch

Name Spieler/Spielerin: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Herzfrequenz in Ruhe: _____ /min

Blutdruck in Ruhe (links): _____ mmHg

Blutdruck in Ruhe (rechts): _____ mmHg

Ruhe-EKG (12 Ableitungen): _____

Zusätzlich für Spielerinnen der Damen-Basketball-Bundesliga, Spieler der ProB Liga, der ProA Liga und der Basketball-Bundesliga

Belastungs-EKG (mind. 3 Ableitungen):

Watt	min.	HF/min.	RR (mmHg)
50	3		
100	3		
150	3		
200	3		
250	3		
300	3		
350	3		
400	3		
Erholung	1.		
Erholung	2.		
Erholung	5.		

max. Leistung: _____ Watt

max. Leistung: _____ Watt/kg

max. HF: _____ /min

Beurteilung:



Farbdoppler-Echokardiographie

Für Spieler der ProA Liga und der Basketball-Bundesliga

Name Spieler/Spielerin: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

linker Ventrikel (EDD): _____ mm linker Vorhof: _____ mm

Septumdicke (enddiast.): _____ mm Ejektionsfraktion: _____ %

Herzklappen: _____

sonstige Auffälligkeiten: _____

Beurteilung: _____

Labor

Nüchtern

Für Spielerinnen der Damen-Basketball-Bundesliga, Spieler der ProB Liga, der ProA Liga und der Basketball-Bundesliga

BKS: _____ mm/h Hkt: _____ %

Hb: _____ g/dl Ery: _____ Mio/ μ l

Leuko: _____ / μ l Urinstatus: _____

Gesamtcholesterin: _____ mg/dl Glukose: _____ mg/dl

GPT: _____ U/l Kreatininklasse (CK): _____ U/l

Zusätzlich für Spieler der ProA Liga und der Basketball-Bundesliga

LDL: _____ mg/dl HDL: _____ mg/dl

Triglyzeride: _____ mg/dl Harnsäure-Kreatinin: _____ mg/dl

Gamma-GT: _____ U/l Kalium: _____ U/l

Weitere Laborwerte:



Beurteilungen und Empfehlungen

Name Spieler/Spielerin: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Beurteilungen/Empfehlungen:



Beurteilungen und Empfehlungen

Name Spieler/Spielerin: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Beurteilungen/Empfehlungen:

Herausgeber:



VBG

**Ihre gesetzliche
Unfallversicherung**

www.vbg.de

Massaquoipassage 1
22305 Hamburg
Postanschrift: 22281 Hamburg

Artikelnummer: 4-11-5448-7

Realisation:
Jedermann-Verlag GmbH
www.jedermann.de

Fotos:
© SCIEPRO, gettyimages

Version 2.0
Stand August 2023

Der Bezug dieser Informationsschrift ist für Mitglieds-
unternehmen der VBG im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Wir sind für Sie da!

www.vbg.de

Kundendialog der VBG: 040 5146-2940

Notfall-Hotline für Beschäftigte im Auslandseinsatz:

+49 40 5146-7171

Sichere Nachrichtenverbindung:

www.vbg.de/kontakt

**Für Sie vor Ort –
die VBG-Bezirksverwaltungen:**

Bergisch Gladbach

Kölner Straße 20
51429 Bergisch Gladbach
Tel.: 02204 407-0 · Fax: 02204 1639
E-Mail: BV.BergischGladbach@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 02204 407-165

Berlin

Markgrafenstraße 18 · 10969 Berlin
Tel.: 030 77003-0 · Fax: 030 7741319
E-Mail: BV.Berlin@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 030 77003-128

Bielefeld

Nikolaus-Dürkopp-Straße 8
33602 Bielefeld
Tel.: 0521 5801-0 · Fax: 0521 61284
E-Mail: BV.Bielefeld@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0521 5801-165

Dresden

Wiener Platz 6 · 01069 Dresden
Tel.: 0351 8145-0 · Fax: 0351 8145-109
E-Mail: BV.Dresden@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0351 8145-167

Duisburg

Wintgensstraße 27 · 47058 Duisburg
Tel.: 0203 3487-0 · Fax: 0203 2809005
E-Mail: BV.Duisburg@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0203 3487-106

Erfurt

Koenbergstraße 1 · 99084 Erfurt
Tel.: 0361 2236-0 · Fax: 0361 2253466
E-Mail: BV.Erfurt@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0361 2236-439

Hamburg

Sachsenstraße 18 · 20097 Hamburg
Tel.: 040 23656-0 · Fax: 040 2369439
E-Mail: BV.Hamburg@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 040 23656-165

Ludwigsburg

Martin-Luther-Straße 79
71636 Ludwigsburg
Tel.: 07141 919-0 · Fax: 07141 902319
E-Mail: BV.Ludwigsburg@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 07141 919-354

Mainz

Isaac-Fulda-Allee 22 · 55124 Mainz
Tel.: 06131 389-0 · Fax: 06131 389-410
E-Mail: BV.Mainz@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 06131 389-180

München

Barthstraße 20 · 80339 München
Tel.: 089 50095-0 · Fax: 089 50095-111
E-Mail: BV.Muenchen@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 089 50095-165

Würzburg

Riemenschneiderstraße 2
97072 Würzburg
Tel.: 0931 7943-0 · Fax: 0931 7842-200
E-Mail: BV.Wuerzburg@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0931 7943-412

**VBG-Akademien für Arbeitssicherheit
und Gesundheitsschutz:**

Akademie Dresden

Königsbrücker Landstraße 2
01109 Dresden
Tel.: 0351 88923-0 · Fax: 0351 88349-34
E-Mail: Akademie.Dresden@vbg.de
Hotel-Tel.: 030 13001-29500

Akademie Gevelinghausen

Schlossstraße 1 · 59939 Olsberg
Tel.: 02904 9716-0 · Fax: 02904 9716-30
E-Mail: Akademie.Olsberg@vbg.de
Hotel-Tel.: 02904 803-0

Akademie Lautrach

Schlossstraße 1 · 87763 Lautrach
Tel.: 08394 92613 · Fax: 08394 1689
E-Mail: Akademie.Lautrach@vbg.de
Hotel-Tel.: 08394 910-0

Akademie Ludwigsburg

Martin-Luther-Straße 79
71636 Ludwigsburg
Tel.: 07141 919-181 · Fax: 07141 919-182
E-Mail: Akademie.Ludwigsburg@vbg.de

Akademie Mainz

Isaac-Fulda-Allee 22 · 55124 Mainz
Tel.: 06131 389-380 · Fax: 06131 389-389
E-Mail: Akademie.Mainz@vbg.de

Akademie Storkau

Im Park 1 · 39590 Tangermünde
Tel.: 039321 531-0 · Fax: 039321 531-23
E-Mail: Akademie.Storkau@vbg.de
Hotel-Tel.: 039321 521-0

Akademie Untermerzbach

ca. 32 km nördlich von Bamberg
Schlossweg 2 · 96190 Untermerzbach
Tel.: 09533 7194-0 · Fax: 09533 7194-499
E-Mail: Akademie.Untermerzbach@vbg.de
Hotel-Tel.: 09533 7194-100



Seminarbuchungen:

online: www.vbg.de/seminare

telefonisch in Ihrer VBG-Bezirksverwaltung

Bei Beitragsfragen:

Telefon: 040 5146-2940

www.vbg.de/kontakt

VBG – Ihre gesetzliche Unfallversicherung

Massaquoiassage 1 · 22305 Hamburg

Tel.: 040 5146-0 · Fax: 040 5146-2146