

Beantragung des eHBA Schritt für Schritt Ausfüllhilfe am Beispiel D-Trust



eHBA

D-Trust ist einer von mehreren Kartenanbietern. Das folgende Antragsbeispiel stellt keine Priorisierung dar. Alle zugelassenen Anbieter finden Sie unter www.zaek-berlin.de/ehba.

Loggen Sie sich beim Kartenanbieter D-Trust ein: <https://ehealth.d-trust.net/antragsportal/>

Bei den mit „*“ gekennzeichneten Feldern handelt es sich um Pflichtangaben!

The screenshot shows the home page of the application portal. At the top left is the logo for 'bdr. BUNDESDRUCKEREI'. The main heading reads 'Herzlich Willkommen im Antragsportal für Heilberufsausweise und Institutionskarten'. There are two main sections: 'Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA)' and 'Institutionskarte (SMC-B)'. Under 'eHBA', there are two links: 'Neuen Antrag stellen' (highlighted with a red box and arrow) and 'Meine angelegten Anträge aufrufen'. Below this is a sample image of a 'ZAHNARZTAUSWEIS' (Dentist License) for 'Prof. Dr. med. Mustermann'. Under 'Institutionskarte (SMC-B)', there are two links: 'Neuen Antrag stellen' and 'Meine angelegten Anträge aufrufen'. At the bottom, a note says 'Hinweis: Bitte verzichten Sie während des Antragsprozesses auf die Browser-Rücksprung-Taste' with two links: 'Information zum Antragsprozess eHBA' and 'Information zum Antragsprozess SMC-B'.

The screenshot shows the 'Neuen Antrag' (New Application) form. At the top left is the 'bdr. BUNDESDRUCKEREI' logo. At the top right, it says 'Sitzungsende in 29 Min 24 Sek'. The main heading is 'Neuen Antrag'. Below it is the sub-heading 'Mit leerem Antrag beginnen'. There are three radio button options for 'Bitte wählen Sie Ihren Kartentyp': 'Elektronischer Apothekerausweis', 'Elektronischer Arztausweis', and 'Elektronischer Zahnarztausweis' (which is selected and highlighted with a red box). Below this is a dropdown menu for 'Zuständiger Kartenherausgeber:' with 'Zahnärztekammer Berlin' selected and highlighted with a red box. At the bottom left is a blue button labeled 'Zur Antragstellung' with a red arrow pointing to it. On the right side, there is a text box with the instruction: 'Das Feld „Vorgangsnummer“ ist nicht zu beachten. In Berlin ist keine Vorgangsnummer vorgesehen!' (highlighted with a red box). Below this is another instruction: 'Bitte geben Sie hier die Vorgangsnummer ein, die Sie von Ihrem Kartenherausgeber für Ihren vorbefüllten Antrag erhalten haben.' Below that is a text input field for 'Vorgangsnummer' and a blue button labeled 'Zur Antragstellung'.

bdr. BUNDESDRUCKEREI

eHBA-Antragsformular
Zahnärztekammer Berlin

Speichern & Abmelden 
Sitzungsende in 29 Min 54 Sek

Produkt | Antragsteller | Institution | Bestellung | Zertifikat | Kartenlayout | Zusammenfassung | Abschluss

Produkt

* Pflichtfelder

Bitte wählen Sie ein Produkt *

Standard HBA mit Laufzeit von 5 Jahren

Sofern Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten

Bestellcode

Bestätigung Datenschutzerklärung *

Sie benötigen Hilfe?
ehealth-support@bdr.de
 +49 (0)30 2598 4050

Sie erreichen uns montags bis freitags von 8:00 - 18:00 Uhr.
[Häufig gestellte Fragen](#)

Das Feld „Bestellcode“ können Sie problemlos freilassen, wenn Sie **keinen** Bestellcode bekommen haben; nicht jeder bekommt einen Bestellcode!

Weiter 

bdr. BUNDESDRUCKEREI

eHBA-Antragsformular
Zahnärztekammer Berlin

Speichern & Abmelden 
Sitzungsende in 28 Min 48 Sek

Produkt | **Antragsteller** | Institution | Bestellung | Zertifikat | Kartenlayout | Zusammenfassung | Abschluss

Antragsteller

Namensdaten
Persönliche Daten des Antragstellers

Titel ?

Vorname(n) * ?

Nachname * ?

Die hier angegebenen Daten müssen mit Ihrem persönlichen Ausweis-dokument übereinstimmen!

Sie benötigen Hilfe?
ehealth-support@bdr.de
 +49 (0)30 2598 4050

Sie erreichen uns montags bis freitags von 8:00 - 18:00 Uhr.
[Häufig gestellte Fragen](#)

Geburtsdaten

Geburtsname

Geburtsdatum * . .

Geburtsort *

Geburtsland

Staatsangehörigkeit *

Art der Identifizierung

Da Ihr eHBA die Möglichkeit der qualifizierten elektronischen Signatur (QES) bietet, ist eine Identifizierung gemäß d. Antragsunterlagen enth.

Bitte fügen Sie Ihren Antragsunterlagen ein Dokument, welches Sie für die Identifikation ausgewählt haben, bei. Kopie Ihrer Meldebescheinigung zusenden.

Diese Option kann nur genutzt werden, wenn Sie sich bereits über D-Trust bzw. CGM identifiziert haben und somit über einen 14-stelligen Code verfügen.

Identifikationsverfahren * Bereits identifiziert Postident

Ausweisdokument * Aufenthaltstitel Personalausweis Reisepass

Ausweisnummer *

Tag der Ausstellung *

Gültig bis *

Ausstellende Behörde *

Ausstellendes Land *

Wenn Sie als Ausweisdokument Ihren **Reisepass** wählen, achten Sie darauf, dass dieser nur in Verbindung mit der **aktuellen Meldebescheinigung verwendbar** ist!

Meldeadresse

Geben Sie Ihre aktuelle private Meldeadresse an! Ihre Praxisanschrift ist **nicht** zulässig!

wohnhaft bei

In diesem Feld können Sie zusätzliche Zustellhinweise aufnehmen, die die Anschrift präzisieren.

Straße *

Hausnummer

Postleitzahl *

Ort *

Land *

Kontaktdaten

Telefon, E-Mail des Antragstellers

Telefon *



Beispiel: 0049 30 123456789

Es empfiehlt sich, im Pflichtfeld „Telefon“ eine **Mobilfunknummer** anzugeben, da dies das spätere SMS-TAN-Verfahren erleichtert (die TAN wird als SMS schriftlich zugeschickt, bei einem Festnetzanschluss würde diese nur automatisch vorgelesen werden und Übertragungsfehler könnten geschehen). Bitte beachten Sie auch das vorgegebene **Format** der Telefonnummer!

Informationen zu Ihrem bestellten Zertifikaten und zur Nutzung des SMS-TAN-Verfahrens. Mit dem SMS-TAN können Sie Ihre Zertifikate elektronisch erhalten oder sperren lassen.

Das Format der Telefonnummer muss im angegebenen Format eingegeben werden: Die Ortsvorwahl, 30 ist die Ortsvorwahl der Telefonnummer inkl. Durchwahl. Keine anderen Zeichen.

E-Mail *



Für wichtige Informationen zu Ihrer bestellten Karte bzw. den darauf enthaltenen Zertifikaten.

Zurück

Weiter



eHBA-Antrag
Zahnärztl.

Es ist möglich, dass sich die Felder der Kategorien nicht selbstständig ausklappen. Ist dies der Fall, klicken Sie einfach die Kategorie an, damit sich diese zum Bearbeiten öffnet.

✓ Produkt

✓ Antragsteller

Institution

Berater

SS

Institution [angeben](#)

Hier können Sie Angaben zu Ihrer Praxis oder Ihrer Arbeitsstätte machen.

* Pflichtfelder

Sie benötigen Hilfe?

ehhealth-support@bdr.de

+49 (0)30 2598 4050

Sie erreichen uns montags bis freitags von 8:00 - 18:00 Uhr.

[Häufig gestellte Fragen](#)

Zurück

Weiter

Institution [löschen ^](#)

Hier können Sie Angaben zu Ihrer Praxis oder Ihrer Arbeit

Die Angabe der Praxis ist nicht notwendig. Der eHBA gilt für die Person und nicht für die Praxis!

Name der Praxis/Institution* [?](#)

Abteilung

Adresse

wohnhaft bei

Wenn Sie in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem Ärztehaus o. Ä. tätig sind, können Sie in dieses Feld den Namen der Gemeinschaftspraxis/Ärztehaus eintragen.

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Kommunikation

Telefon, E-Mail der Institution

Telefon

Mobil

E-Mail

Zurück

Weiter



Bestellung

Anzahl Karten

Bitte bestellen Sie maximal zwei eHBA, einen Hauptausweis und einen Reserveausweis.

Anzahl gewünschter eHBA *

Preis

Das ist der Netto-Preis in Euro (zzgl. MwSt.) für Ihre elektronischen Heilberufsausweis(e), zahlbar innerhalb von 30 Tagen ab Tag der Rechnungsstellung.

Preis pro eHBA 420.17 €

Gesamtpreis 420.17 €

Freischaltung/Spe

Zum sofortigen Freischalten oder Sperrung Ihres eHBA können Sie Service-Passwörter verwenden: (Bitte verwenden Sie keine Sonderzeichen, Umlaute und keine Leerzeichen und keine Kleinschreibung wird unterschieden.)

An dieser Stelle können Sie das vorgegebene Passwort behalten oder unter den angegebenen Kriterien ein neues erstellen. Das festgelegte Passwort dient der Freischaltung und Sperrung Ihres eHBA und wird im Antragsausdruck angezeigt, sodass Sie es sich an dieser Stelle nicht zusätzlich notieren müssen.

Service-Passwörter

eHBA 01 *



Beantragter elektronischer Zahnarztausweis

Ich habe bereits einen elektronischen Zahnarztausweis bei / von folgender Kammer beantragt / erhalten:

Andere Kammer: Ja Nein

Lieferanschrift

Bitte beachten Sie, dass Sie die Karten persönlich in Empfang nehmen müssen.

Lieferadresse * Meldeadresse

Rechnungsanschrift

Bitte geben Sie hier Ihre Rechnungsadresse ein.

Rechnungsadresse * andere Adresse Meldeadresse

Rechnungsversand

Bitte geben Sie hier die gewünschte Versandart für Ihre Rechnung an.

Rechnungsversand * E-Mail Post

Möchten Sie bspw. monatlich oder jährlich bezahlen, dann wählen Sie das „Lastschriftverfahren“ aus. Bei „Kauf auf Rechnung“ ist dies **nicht** möglich! Wählen Sie diese Option, müssen Sie den gesamten Betrag in **einer Summe** zahlen.

Zahlverfahren

Bitte geben Sie hier die gewünschte Zahlungsart an.

Zahlverfahren * Kauf auf Rechnung Lastschriftverfahren

Zurück

Weiter 

Zahlverfahren

Bitte geben Sie hier die gewünschte Zahlungsart an.

Zahlverfahren * Kauf auf Rechnung  Lastschriftverfahren

Ich ermächtige die D-Trust GmbH alle von mir zu entrichtenden Zahlungen von folgendem Konto einzuziehen:

Kontoinhaber (Vorname) *

Kontoinhaber (Nachname) *

IBAN *

BIC

Bitte beachten Sie, dass Sie für eine ausländische Bankverbindung eine BIC angeben müssen.

Zahlungsintervall *

- 1/2-jährliche Zahlungsweise zum Ende des Halbjahres
- 1/4-jährliche Zahlungsweise zum Ende des Quartals
- Jährliche Zahlungsweise zum Ende des Jahres
- Sofort in einer Summe

Zurück

Weiter 

Zertifikat

Zertifikatsinhaber

Auf Ihrem elektronischen Heilberufsausweis sind Zertifikate für die Signatur, Authentifizierung und Verschlüsselung gespeichert. Sie haben die Möglichkeit, Daten auf Ihren Zertifikaten festzulegen. Bitte beachten Sie, dass diese Daten im Nachhinein nicht mehr änderbar sind.

E-Mail-Adresse in Zertifikat



Die Angabe einer E-Mail im Zertifikat ist **für die meisten nicht notwendig**, bzw. entsteht durch Nichtangabe kein Nachteil und der eHBA ist in vollem Umfang (auch KIM) nutzbar.

Sie sind mit der E-Mail-Verschlüsselung per **S/MIME-Standard** vertraut und wollen Ihren eHBA außerhalb der TI hierfür nutzen? In diesem Fall empfiehlt es sich, die E-Mail anzugeben.

Sie haben noch nie etwas vom S/MIME-Standard gehört? Dann können Sie dieses Feld leer lassen und müssen sich mit diesem Thema nicht beschäftigen.

Einrichtung eines Fernsignaturkontos

Zustimmung zur Nutzung der Ident

Die Identitätsdaten einer natürlichen Person, die eines qualifizierten Zertifikats erhoben wurden, 3 Jahren wiederverwendet werden um ein weiteres für diese Person auszustellen. Zur Erhöhung ihrer Verbesserung der Handhabbarkeit bei der elektr kann die Bundesdruckerei / D-TRUST für Sie ein Fernsignaturkonto anlegen, das Ihnen die zusätzliche Möglichkeit gibt, auch ohne HBA und Lesegerät Ihre Dokumente aus dem Gesundheitswesen rechtskräftig zu signieren. Der rechtliche Rahmen dafür ist die europäische eIDAS Verordnung, mehr Informationen zur Fernsignatur finden Sie unter www.sign-me.de Die Anlage dieses Fernsignaturkontos verlangt im Allgemeinen eine Identifizierung der Person, die in diesem Fall entfällt. Im Fall Ihrer Zustimmung erhalten Sie nach Ausstellung des HBA eine E-Mail mit weiteren Angaben zum Bestellprozess und den Konditionen. Weitere Verpflichtungen ergeben sich für Sie daraus nicht. Wir hoffen, dass auch Sie in Zukunft die Fernsignatur als Erleichterung Ihrer Arbeit erleben werden.

An dieser Stelle können Sie die kostenlose Zusatzfunktion sign-me mit beantragen, um die qualifizierte elektronische Signatur auch außerhalb der Telematikinfrastruktur zu nutzen.

Weitere Informationen zu sign-me finden Sie hier:

https://www.bundesdruckerei.de/system/files/dokumente/pdf/2020_Flyer_sign-me_eHBA_web.pdf

Zurück

Weiter

Kartenlayout

Ihr elektronischer Ausweis

Der elektronische Heilberufsausweis soll wie angegeben personalisiert werden. Ich erkenne an, dass meine zuständige Kammer eine abweichende optische Personalisierung festlegen kann.

Ausweisfoto *

Foto auswählen und bearbeiten

Bitte wählen Sie für Ihren eHBA ein hochauflösendes Foto Ihres Gesichts/Kopfes aus. Beachten Sie bitte, dass dieses von uns unverändert zum Druck genutzt wird.

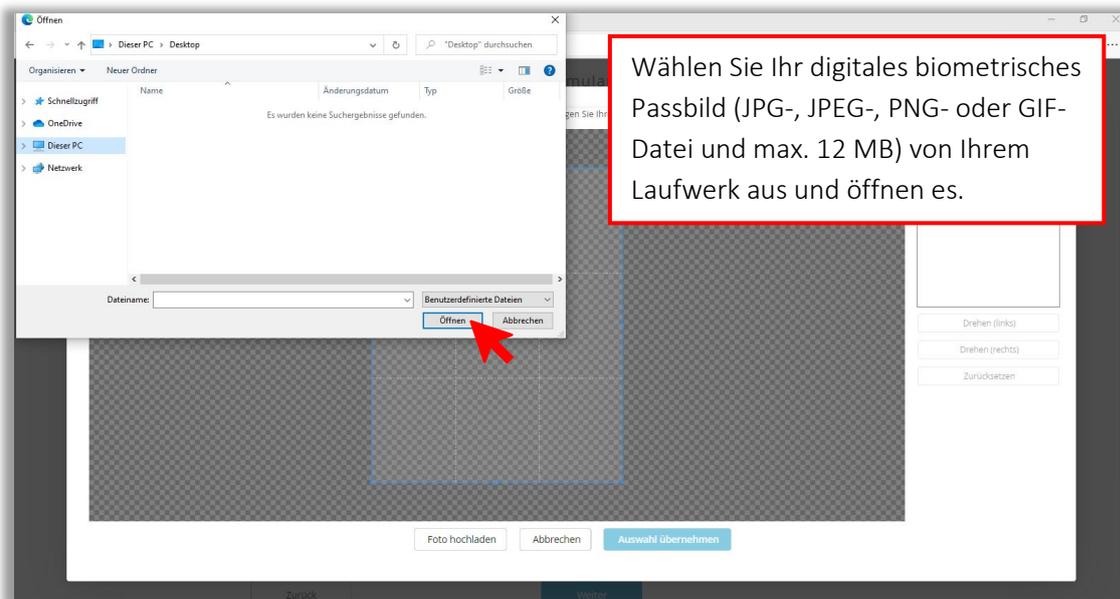
Folgende Bildformate werden unterstützt: JPG, JPEG, PNG, GIF. Die Dateigröße sollte 12 MB nicht überschreiten.

HBA

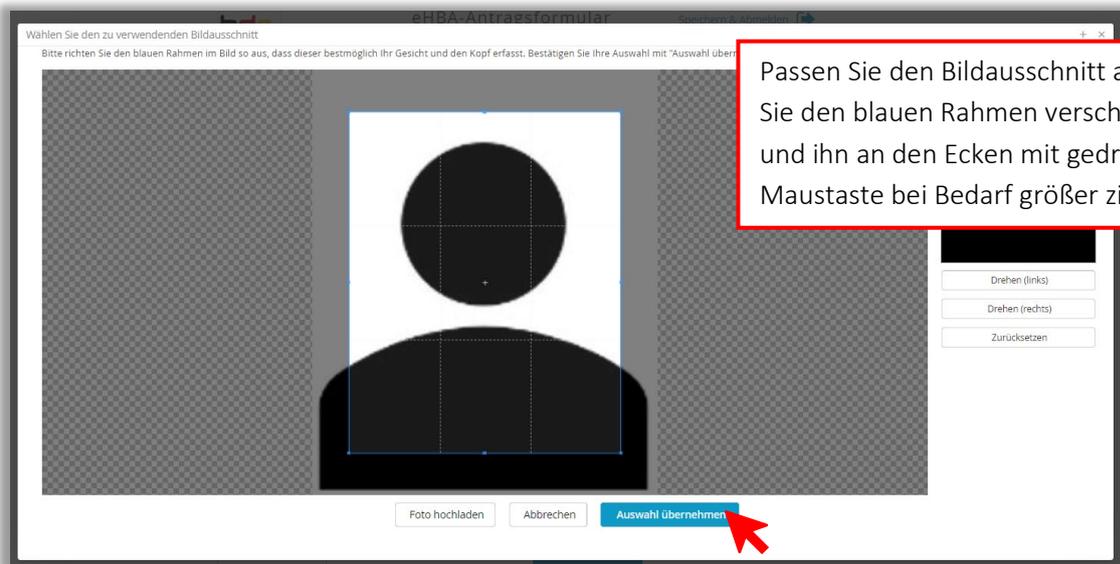


Zurück

Weiter



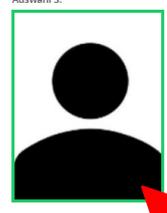
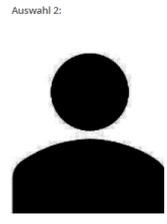
Wählen Sie Ihr digitales biometrisches Passbild (JPG-, JPEG-, PNG- oder GIF-Datei und max. 12 MB) von Ihrem Laufwerk aus und öffnen es.



Passen Sie den Bildausschnitt an, indem Sie den blauen Rahmen verschieben und ihn an den Ecken mit gedrückter Maustaste bei Bedarf größer ziehen.

Wählen Sie die Variante mit der höchsten Qualität aus!

angezeigt. Bitte wählen Sie die von Ihnen gewünschte Variante und bestätigen Sie die Auswahl mit "Auswahl übernehmen".



Auswahl abbrechen

Auswahl übernehmen

Kartenlayout

Ihr elektronischer Ausweis

Der elektronische Heilberufsausweis soll wie angegeben personalisiert werden. Ich erkenne an, dass meine zuständige Kammer eine abweichende optische Personalisierung festlegen kann.

Ausweisfoto *

Foto auswählen und bearbeiten

Bitte wählen Sie für Ihren eHBA ein hochauflösendes Foto Ihres Gesichts/Kopfes aus. Beachten Sie bitte, dass dieses von uns unverändert zum Druck genutzt wird.
Folgende Bildformate werden unterstützt: JPG, JPEG, PNG, GIF. Die Dateigröße sollte 12 MB nicht überschreiten.

HBA



Zurück

Weiter

Zusammenfassung

* Pflichtfelder

Bitte überprüfen Sie Ihre Antragsdaten

Antragsteller

 bearbeiten

Namensdaten

Titel	
Vorname(n)	Test
Nachname	Test

Geburtsdaten

Geburtsname	
Geburtsdatum	01.01.1980
Geburtsort	Testort
Geburtsland	Deutschland
Staatsangehörigkeit	Deutschland

Art der Identifizierung

Identifikationsverfahren	Postident
Ausweisdokument	Personalausweis
Ausweisnummer	XXX1234XX6345
Tag der Ausstellung	01.01.2017
Gültig bis	01.01.2022
Ausstellende Behörde	Testbehörde
Ausstellendes Land	Deutschland

Sie benötigen Hilfe?

ehealth-support@bdr.de

 +49 (0)30 2598 4050

Sie erreichen uns montags bis freitags von 8:00 - 18:00 Uhr.

[Häufig gestellte Fragen](#)

Kontrollieren Sie Ihre Angaben sorgfältig und falls nötig, korrigieren Sie Ihre Daten über „bearbeiten“.

Meldeadresse

wohnhaft bei
Straße Teststraße
Hausnummer
Postleitzahl 12345
Ort Testort
Land Deutschland

Kontaktdaten

Telefon 0049 123 456789
E-Mail test@testmail.de

Institution

[✎ bearbeiten](#)

Name der Praxis/Institution Testpraxis
Abteilung

Adresse

wohnhaft bei
Straße
Hausnummer
Postleitzahl
Ort
Land Deutschland

Kommunikation

Telefon
Mobil
E-Mail

Bestellung

[✎ bearbeiten](#)

Anzahl Karten

Anzahl gewünschter eHBA 1

Preis

Das ist der Netto-Preis in Euro (zzgl. MwSt.) für Ihre elektronischen Heilberufsausweis(e), zahlbar innerhalb von 30 Tagen ab Tag der Rechnungsstellung.

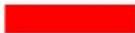
Preis pro eHBA 420.17 €

Gesamtpreis 420.17 €

Freischaltung/Sperrung

Ihre Service-Passwörter

eHBA 01



Beantragter elektronischer Zahnarzttausweis

Andere Kammer:

Lieferanschrift

Meldeadresse

Rechnungsanschrift

Meldeadresse

Rechnungsversand

Post

Zahlverfahren

Kauf auf Rechnung

Zertifikat

[📄 bearbeiten](#)

Zertifikatsinhaber

E-Mail-Adresse in Zertifikat

Einrichtung eines Fernsignaturkontos

Zustimmung zur Nutzung der Identifizierung für die kostenlose Anlage eines Fernsignaturkontos (sign-me)
Mobilfunknummer 0049 123 456789

Kartenlayout

[bearbeiten](#)

Ihr elektronischer Ausweis



Erklärungen

Sie müssen allen Erklärungen mit einem Haken zustimmen.

Veröffentlichung im Verzeichnisdienst

Ich willige hiermit in die Veröffentlichung meiner Zertifikate durch die online Zertifikatsdatenbank des Vertrauensdiensteanbieters D-Trust GmbH ein. Meine Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei Widerruf steht das Zertifikat nicht mehr zum öffentlichen Abruf zur Verfügung. Die Funktionsfähigkeit der SMC-B Karte innerhalb der Telematik Infrastruktur wird hiervon nicht berührt. Der Widerruf ist an datenschutz@d-trust.net oder an D-Trust GmbH, Antragsbearbeitung, Kommandantenstraße 15, 10969 Berlin zu richten.

AGB *

Ich habe die [AGB](#) der D-Trust GmbH für D-Trust-Produkte zur Kenntnis genommen.

Datenweitergabe an die Kammer *

Ja, ich erkläre mich damit einverstanden, dass die o.g. Angaben zur Bearbeitung des Antrags und zur Verwendung in der zuständigen Kammer verwendet werden dürfen.

Kein Widerrufsrecht bei Bestellung eines Zertifikatsprodukts *

Sie können Ihre Vertragserklärung im Hinblick auf die Bestellung eines Zertifikatsprodukts nicht widerrufen, da es sich bei der Erstellung und Überlassung von Zertifikatsprodukten um Ware handelt, die nach Kundenspezifikationen angefertigt und eindeutig auf Ihre persönlichen Bedürfnisse zugeschnitten ist. Ladungsfähige Anschrift: D-Trust GmbH, Geschäftsführer Dr. Kim Nguyen und Dr. Martin Riegel, Kommandantenstraße 15, 10969 Berlin.

PKI-Nutzerinformation, Verpflichtungserklärung und HPC-Policy *

Ich habe die [PKI-Nutzerinformationen](#) und die [Verpflichtungserklärung](#) erhalten und stimme der Verpflichtungserklärung zu. Außerdem erkenne ich die Vorgaben zur Ausstellung und Nutzung des Heilberufsausweises in [Gemeinsame Policy für die Ausgabe der HPC](#) an.

Telematik-ID behalten

Telematik-ID behalten

Ich bin damit einverstanden, dass die Zahnärztekammer meine bisherige Telematik-ID an die D-Trust GmbH weiterleitet. Für den Fall, dass ich nicht einverstanden bin, wird eine neue Telematik-ID generiert und an die D-Trust GmbH weiterleitet. Die Zustimmung ist für den Fall des Zugriffsverlusts auf vorherige Berechtigungen, z.B. eZahnarzt, erforderlich.

Stimmen Sie unbedingt der Datenweitergabe zu, um später die anteilige Refinanzierungspauschale bei der KZV beantragen zu können!

Datenweitergabe an KZV Ja Nein

Bitte treffen Sie eine Auswahl

Für die Refinanzierung der Kosten des eZahnarzttausweises, für die Nutzung elektronischer Dienste Ihrer KZV und als Nachweis für die Umsetzung der Heilberufsausweis-Pflicht können Ihre ausweisspezifischen Daten von der Zahnärztekammer direkt an die KZV weitergegeben werden. Dies ist ein weitergehender, freiwilliger Service. Dafür ist jedoch Ihre Zustimmung zur Datenweitergabe erforderlich:

Ich ermächtige meine zuständige (Landes-)Zahnärztekammer die ausweisspezifischen Daten meines elektronischen Zahnarzttausweises für die vorgenannten Zwecke an die für mich zuständige KZV zu übermitteln. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und durch diesen Widerruf die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird. Ein Widerruf ist jederzeit schriftlich an die Postadresse oder per E-Mail bei meiner zuständigen (Landes-)Zahnärztekammer möglich.

Zurück **Zahlungspflichtig bestellen**

Siehe Schritt 3 „In zehn Schritten zum eHBA“

