

Beantragung des eHBA Schritt für Schritt Ausfüllhilfe am Beispiel SHC + Care



eHBA

SHC + Care 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 SHC + Care ein:

<https://shc-care.de/produkte/heilberufsausweis-ehba/ezahnarztausweis/292>

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

SIE MÖCHTEN DIE VORBEFÜLLUNG IHRER ZUSTÄNDIGEN KAMMER NUTZEN?

Falls Sie von Ihrer Zahnärztekammer einen Login erhalten haben, so können Sie über das SHC+CARE Portal Ihren bereits vorbefüllten Kartenantrag zum Heilberufsausweis (HBA) aufrufen, oder falls Ihre Kammer dies anbietet, einen leeren Antrag beginnen.

Karten- und Sektorenauswahl

Bitte wählen Sie den zu bestellenden Kartentyp und den zuständigen Sektor aus:

<p>Mit leerem Antrag starten</p> <p>Heilberufsausweis (HBA) ▾</p> <p>Zahnärztekammer Berlin ▾</p> <p><input type="button" value="Antrag beginnen"/></p>	<p>Mit vorbefülltem Antrag beginnen</p> <p>Vorgangsnummer</p> <p><input type="button" value="Antrag beginnen"/></p>
	<p>Einen Folgeantrag auf Basis eines bereits abgeschlossenen Antrags beginnen</p> <p>Vorgangsnummer des abgeschlossenen Antrags</p> <p>Servicekennwort des abgeschlossenen Antrags</p> <p><input type="button" value="Antrag beginnen"/></p>

Antragsdaten

Allgemeine Informationen

Anzahl zu bestellender Karten (*)



Bitte wählen Sie die Anzahl der zu bestellenden Karten.

Die hier angegebenen Daten müssen mit Ihrem persönlichen Ausweisdokument übereinstimmen.

Persönliche Angaben Antragssteller

Akademischer Grad/Titel



Beispiele: Prof.Dr.med., Dr.med.

Vorname (*)



Ihr Vorname identifiziert Sie individuell und ist Ihrem Ausweisdokument zu entnehmen.

Nachname (*)



Ihr Familienname, wie in Ihrem Ausweisdokument angegeben.

Staatsangehörigkeit (*)



Bezeichnet den Staat dem Sie angehörig sind und ist Ihrem Ausweisdokument zu entnehmen.

Geburtsname



Ihr Familienname vor Ihrer Heirat.

Geburtsdatum (*)



Ihr Geburtsdatum im Format TT.MM.JJJJ.

Geburtsort (*)



Geben Sie Ihren Geburtsort gemäß Ihrem Ausweisdokument an.

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

Straße (*)



Straße ohne Hausnummer aus dem Anschrift- bzw. Adressfeld Ihres Ausweisdokuments.

Hausnummer



Bitte geben Sie Ihre Hausnummer an.

Adresszusatz



Zusätzliche Informationen zu Ihrer Adresse.

Postleitzahl (*)



Ihre Postleitzahl ist Ihrem Ausweisdokument zu entnehmen.

Stadt (*)



Ihr Wohnort ist dem Ausweisdokument zu entnehmen.

Land (*)

Deutschland



Ihr Heimatland ist dem Ausweisdokument zu entnehmen.

c/o



Im Falle Ihrer Abwesenheit geben Sie einen alternativen Empfänger mit Vor- und Nachnamen an.

Telefon



Ihre Festnetznummer unter der Sie für eventuelle Rückfragen erreichbar sind.

Fax

Ihre Faxnummer für die eventuelle Zustellung von Dokumenten.

Mobil



Ihre Mobilfunknummer unter der Sie für Rückfragen erreichbar sind.

E-Mail (*)



Die Angabe Ihrer E-Mail-Adresse ist notwendig um mit Ihnen kommunizieren zu können. Insbesondere erfolgt der Rechnungsversand per E-Mail.

Geben Sie eine Telefonnummer an, unter der Sie tagsüber zu erreichen sind! Mögliche Rückfragen zum Antrag können dadurch schnell und unkompliziert geklärt werden.

Identifizierung

Identifizierungsmethode (*)

Bitte wählen Sie die Identifizierungsmethode "Postident" aus. Bitte beachten Sie, dass Sie im Rahmen des Postident-Verfahrens ein gültiges Ausweisdokument und Ihre vollständige Adresse vorlegen müssen um sich identifizieren zu lassen.

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

Ausweisart (*)

Bitte wählen Sie die Ausweisart, die Sie im Rahmen der Identifizierungsmethoden vorzeigen werden.

Ausweisnummer (*)

Bitte geben Sie die Ausweisnummer der gewählten Ausweisart an.

Ausstellungsdatum (*)

Bitte geben Sie das Ausstellungsdatum des ausgewählten Lichtbildausweises im Format TT.MM.JJJJ an. Das Ausstellungsdatum ist der gewählten Ausweisart zu entnehmen.

Ablaufdatum (*)

Bitte geben Sie das Ablaufdatum des ausgewählten Lichtbildausweises im Format TT.MM.JJJJ an. Das Ablaufdatum ist der gewählten Ausweisart zu entnehmen.

Ausstellende Behörde (*)

Bitte geben Sie den vollständigen Namen der Behörde an, die den amtlichen Lichtbildausweis erstellt hat.

Berufsbezogenen Informationen

Bestätigtes Attribut

Zahnärztin/Zahnarzt



Ihr ausgeübter Beruf bzw. Ihr Fachgebiet.

Telematik-ID beibehalten (*)

Ja



Ich möchte meine bisherige Telematik-ID beibehalten.

Ich habe bereits einen elektronischen Zahnarztausweis beantragt / erhalten (*)

Nein



Angaben zu Zertifikatsdaten

Stimmen Sie den Erklärungen zu!

E-Mail



Durch die Angabe Ihrer E-Mail-Adresse kann diese optional in Ihrem Zertifikat hinterlegt werden.

Einverständnis zum Verzeichnisdienst (*)

Ja



Ich bin damit einverstanden, dass mein Zertifikat sowie Vor- und Nachname im öffentlichen Verzeichnisdienst zum Abruf bereit gestellt werden. Beachten Sie, dass es sich hierbei nicht um den Verzeichnisdienst der gematik handelt.

Optische Personalisierung

Der elektronische Zahnarzttausweis soll wie folgt bedruckt werden. Ich erkenne an, dass der Aufdruck von der Zahnärztekammer nachträglich geändert werden kann.

Druckzeilen automatisch generieren ?

Die auf die Karte aufzudruckenden Zeilen werden aus Ihrem Namen, Vornamen und Titeln automatisch vom System erstellt. Ihre Kammer hat die Möglichkeit, den Aufdruck bei der Freigabe des Antrags anzupassen.

Foto

Wählen Sie Ihr digitales biometrisches Passbild (JPG- oder PNG-Datei) von Ihrem Laufwerk aus und öffnen es!

Foto (*)

Derzeit kein Bild verfügbar

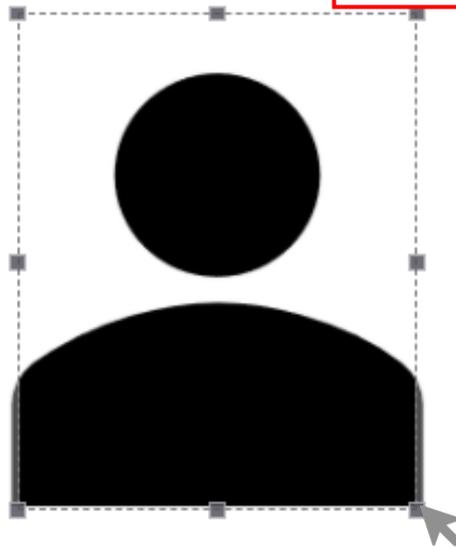
Bild löschen

Bild auswählen 

Bitte stellen Sie hier ein geeignetes Foto für einen Lichtbildausweis ein. Dieses wird später auf Ihrem elektronischen Zahnarzttausweis sichtbar sein.

Bild auswählen und zuschn

Schieben Sie das Sichtfenster mit gedrückter linker Maustaste in die gewünschte Position! Die Größe des Sichtfensters können Sie durch Verschieben der Eckpunkte verändern.



Abbrechen

Neues Bild auswählen

Bild verwenden



chen Zahnarzttausweises

Angaben zur Ausstellung des elektronischen Zahnarzttausweises

Sie müssen allen Erklärungen zustimmen.

- Beantragung eines elektronischen Zahnarzttausweises (*)** ?
Ich beantrage die Ausstellung eines elektronischen Zahnarzttausweises sowie der dazugehörigen Zertifikate. Die Zahnärztekammer ist berechtigt, die im Rahmen dieser Beantragung erhobenen Daten mit ihren Daten abzugleichen und für die sichere Identifikation meiner Person zu verwenden, bevor gegenüber der SHC der Produktionsauftrag freigegeben wird. Der elektronische Zahnarzttausweis enthält immer eine Telematik-ID, die von der Kammer an die SHC weitergeleitet wird.
- Zustimmung zur Sperrung des elektronischen Zahnarzttausweises (*)** ?
Ich bin damit einverstanden, dass die ZÄK meinen elektronischen Zahnarzttausweis im Rahmen der Durchsetzung ihrer hoheitlichen Aufgaben sperren darf. Zudem bin ich damit einverstanden, dass sie gegebenenfalls eine abweichende optische Personalisierung des elektronischen Zahnarzttausweises festlegen kann, insbesondere in Bezug auf die akademischen Grade und Titel, die ich zu führen berechtigt bin.

Datenweitergabe an KZV (*)

Ja ✓

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 an die zuständige KZV zu übermitteln. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf ist jederzeit schriftlich an die Postadresse oder per E-Mail möglich.

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

Einverständniserklärungen

Sie müssen allen Erklärungen zustimmen.

- Einverständnis zur Datennutzung (*)** ?
Zur Bearbeitung des Antrags willige ich zum Inhalt des Dokuments zum **Datenschutz** ein.
- Einverständnis zu AGB (*)** ?
Ich akzeptiere die **AGB - HBA - Ärzte der SHC Stolle und Heinz Consultants GmbH & Co. KG**.
- Einverständnis zu Nutzungsbedingungen QES (*)** ?
Ich akzeptiere die **Nutzungsbedingungen der Atos für QES Schlüsselzertifikate**.

Verwerfen

Antrag zwischenspeichern

Antrag prüfen und fortfahren 

Antrag Antragshistorie

Allgemeine Informationen

Anzahl zu bestellender Karten: 1

Invalide Felder ⓘ

Gruppe "Persönliche Angaben Antragssteller":
Hausnummer

Persönliche Angaben Antragssteller

Akademischer Grad/Titel: *[nicht angegeben]*
Vorname: Test
Nachname: Test
Staatsangehörigkeit: Deutschland
Geburtsname: *[nicht angegeben]*
Geburtsdatum: 01.01.1980
Geburtsort: Testort
Straße: Teststraße
Hausnummer: *[nicht angegeben]*
Adresszusatz: *[nicht angegeben]*
Postleitzahl: 12345
Stadt: Testort
Land: Deutschland
c/o: *[nicht angegeben]*
Telefon: *[nicht angegeben]*
Fax: *[nicht angegeben]*
Mobil: 0123 456789
E-Mail: [REDACTED]

„Invalide Felder“ hier sind fehlende Angaben aufgeführt. Ergänzen Sie diese, da ein unvollständiger Antrag nicht bearbeitet werden kann.

Kontrollieren Sie Ihre Angaben sorgfältig und falls nötig, korrigieren Sie Ihre Daten über [\[Zurück zur Bearbeitung\]](#) am Ende der Seite. Bitte nehmen Sie nachträglich **keine handschriftlichen Änderungen** vor!

Identifizierung

Identifizierungsmethode: PostIdent
Ausweisart: Personalausweis
Ausweisnummer: XX12345XX
Ausstellungsdatum: 01.01.2018
Ablaufdatum: 01.01.2022
Ausstellende Behörde: Testbehörde

Berufsbezogenen Informationen

Bestätigtes Attribut: Zahnärztin/Zahnarzt
Telematik-ID beibehalten: Ja
Ich habe bereits einen elektronischen Zahnarztausweis beantragt / erhalten: Nein

Angaben zu Zertifikatsdaten

E-Mail: *[nicht angegeben]*
Einverständnis zum Verzeichnisdienst: Ja

Optische Personalisierung

Druckzeilen automatisch generieren:	<i>Zugestimmt</i>	⚠
Druckzeile 1:	Test Test	⚠
Druckzeile 2:	<i>[nicht angegeben]</i>	⚠
Druckzeile 3:	<i>[nicht angegeben]</i>	⚠

Foto

Foto:



Angaben zur Ausstellung des elektronischen Zahnarztausweises

Beantragung eines elektronischen Zahnarztausweises:	<i>Zugestimmt</i>
Zustimmung zur Sperrung des elektronischen Zahnarztausweises:	<i>Zugestimmt</i>
Datenweitergabe an KZV:	Ja

Einverständniserklärungen

Einverständnis zur Datennutzung: *Zugestimmt*

Einverständnis zu AGB: *Zugestimmt*

Einverständnis zu Nutzungsbedingungen QES: *Zugestimmt*

Gehen Sie auf [[Zurück zur Bearbeitung](#)], um Korrekturen vorzunehmen!

Verwerfen

Zurück zur Bearbeitung

Jetzt bestellen



REGISTRIEREN

Bitte überprüfen Sie Ihre E-Mails, um Ihr Konto zu verifizieren. Bitte überprüfen Sie ebenfalls die E-Mail-Adresse, wenn möglich, eine private E-Mail-Adresse zu verwenden.

Titel: Ihr Titel falls gewünscht

Vorname: Bitte geben Sie Ihren Vornamen ein

Nachname: Bitte geben Sie Ihren Nachnamen ein

E-Mail-Adresse: Bitte geben Sie Ihre E-Mail-Adresse ein

Passwort: Vergeben Sie hier ein mindestens 8-stelliges Passwort

Passwort bestätigen: Bestätigen Sie Ihr Passwort

Registrieren Sie sich bei SHC + Care oder melden Sie sich mit Ihrem bereits vorhandenen Konto an!

Notieren Sie Ihr **Passwort!** Dieses wird in der Antragszusammenfassung **nicht** erneut angezeigt.

ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN UND DATENSCHUTZHINWEISE

Ich akzeptiere alle [Geschäftsbedingungen](#) und die [Datenschutzhinweise](#) der SHC Stolle und Heinz Consultants GmbH&Co.KG sowie die [Nutzungsbedingungen der Atos SE](#)

REGISTRIEREN

Sie haben bereits einen Account? [Melden Sie sich hier an.](#)



[SHCweCARE](#) [Produkte](#) [Wissenswertes](#) [Hilfe und Support](#) [Häufig gestellte Fragen](#)

[Anmelden](#) [Registrieren](#)



Ihr Konto wurde erfolgreich erstellt! Bitte überprüfen Sie Ihre E-Mails, um Ihr Konto zu verifizieren!



SCHÖN, DASS SIE BEI UNS

Sie erhalten eine E-Mail an die angegebene Adresse. Folgen Sie dem Link, um Ihr Konto zu aktivieren!

Guten Tag Test Test,

Herzlich willkommen bei SHC+CARE, Ihrem Onlineportal rund um die Themen Gesundheitswesen & Digitalisierung! Um Ihr Benutzerkonto zu aktivieren, ist eine Bestätigung Ihrer E-Mail-Adresse erforderlich. Klicken Sie dafür einfach auf den unten abgebildeten Link.

Beachten Sie, dass Sie ohne Benutzerkonto keine Kartenanträge aufgeben können.

In Ihrem Kundenkonto können Sie Ihr Profil und Ihre persönlichen Einstellungen bearbeiten. Mit unserem Newsletter halten wir Sie gerne über aktuelle Regularien sowie Neuigkeiten aus dem Gesundheitswesen auf dem Laufenden. Ihre Daten werden dabei nicht an Dritte weitergegeben. Genauere Informationen dazu finden Sie auch in unseren AGB und Datenschutzrichtlinien.

Aktivieren Sie jetzt Ihr Kundenkonto und wählen Sie Hier klicken:

Hier klicken 

Wie geht es weiter:

1. Link ausführen
2. Anmeldefenster im SHC+CARE Portal erscheint, E-Mail-Adresse und Passwort müssen für den erstmaligen Login eingegeben werden
3. Sie werden zur Bestellübersicht weitergeleitet
4. Bestellabschluss
5. Warten, bis Kartenantrag geladen wurde
6. Download-Button ausführen
7. Kartenantrag ausdrucken
8. Der Checkliste im Ausdruck folgen

Hilfe&Kontakt

✉ support@shc-care.de

☎ +49 (0)6251 7026 455

Melden Sie sich bei SHC + Care an!



ANMELDEN

Zugangsdaten speichern

ANMELDEN

Passwort vergessen?
Keine Bestätigungs-E-Mail erhalten?

Es dauert einen Moment, bis diese Übersicht erscheint und Sie mit dem Antragsprozess fortfahren können.



Kartenantrag ausfüllen



Registrierung oder
Anmeldung



Zahlung



Antrag abschließen und
drucken

BESTELLÜBERSICHT

Meine Bestellung

	Zahnarzttausweis	21€ (MwSt: 19%)	
	Briefporto: Kosten für den Versand des Kartenbriefs und des PIN-, PUK-Briefes	3,30€ (MwSt: 19%)	
			Preis(netto): 21,00€ Preis(brutto): 24,99€ ✉ Portokosten(netto): 3,3€ ✉ Portokosten(brutto): 3,93€ Gesamtpreis (netto): 24,30€ Gesamtpreis (brutto): 28,92€

WÄHLEN SIE IHRE GEWÜNSCHTE ABRECHNUNGSVARIANTE

Sie haben die folgenden Modelle zur Auswahl

Wählen Sie eine Option!

QUARTALSWEISE

24,99€

inkl MwSt.

24 Monate Vertragslaufzeit



Wählen

JÄHRLICH

99,96€

inkl MwSt.

24 Monate Vertragslaufzeit



Wählen

Hinweis

Bei einer erstmaligen Bestellung fügen Sie bitte hier Ihre Rechnungsadresse und Ihre Bankverbindung hinzu.

RECHNUNGSADRESSE

Praxis/Institution/Firma:	Name Ihrer Praxis/Institution/Firma falls gewünscht
Titel:	Ihr Titel falls gewünscht
Vorname*:	Test
Nachname*:	Test
Straße und Hausnummer*:	Bitte geben Sie Ihre Straße ein
Stadt*:	Bitte geben Sie die Stadt ein
PLZ*:	Bitte geben Sie Ihre PLZ ein

E-Mail-Adresse*:

PARTNERCODE

Partnercode:

BANKVERBINDUNG

IBAN*:

Diese Bezahldaten für künftige Bestellungen merken

Ich ermächtige SHC Stolle und Heinz Consultants GmbH&Co.KG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von SHC Stolle und Heinz Consultants GmbH&Co.KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Hinweise zum Drucken und Versenden

Bitte helfen Sie uns Ihren Antrag so schnell wie möglich zu bearbeiten.
Dazu bitten wir dringend um Beachtung folgender Punkte:

-  Auf **normalem nicht vorbedrucktem DIN A4** Papier **einseitig** in guter Druckqualität ausdrucken.
-  **Nicht knicken oder tackern.**
-  Auf **Vollständigkeit** überprüfen vor Versand. **Unterschriften** nicht vergessen.
-  **Nicht binden.**
-  Den Antrag **nicht falten.**
-  In einem **A4 Umschlag** ungefaltet versenden.

Beachten Sie die Hinweise!

Bitte haben Sie Verständnis, dass es bei Nichteinhaltung dieser Regeln, zu erheblichen Verzögerungen bei der Verarbeitung Ihres Antrages kommen kann.

Kartenantrag abgeschlossen

Ihr Kartenantrag sowie der Bezahlungsprozess wurden erfolgreich abgeschlossen. Ihr Antrag wird nun verarbeitet.

Bitte laden Sie den Kartenantrag als PDF-Dokument herunter, drucken Sie diesen aus und folgen Sie den Anweisungen auf der ersten Seite des Dokuments.

Antrag PDF Herunterladen



Wichtig:

Dieses Antrags-PDF wird einmalig erstellt und ist nicht nachträglich abrufbar!

Bitte speichern Sie das Dokument auf ihrem Gerät, falls es im weiteren Verlauf der Bestellung zu Problemen kommt und Sie erneut auf den Antrag zugreifen müssen.

Ab hier geht es weiter mit Schritt 3 in der Kurzanleitung „[In zehn Schritten zum eHBA](#)“.

