

Beantragung des eHBA Schritt für Schritt Ausfüllhilfe am Beispiel T-Systems



eHBA

T-Systems 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 T-Systems ein:

<https://antragsportal.hba.telesec.de/tsp-applicant/>

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

Home Antrag stellen Karten verwalten Support

WILLKOMMEN!

Sie befinden sich im Antragsportal der T-Systems für Institutionskarten bzw. Praxisausweise (SMC-B) und Heilberufsausweise (HBA).

Sie können aktuell folgende Karten bei T-Systems beantragen:

- Praxisausweise für Ärzte, (nicht ärztliche) Psychotherapeuten, MVZ und Ambulanzen (SMC-B)
- Praxisausweise für Zahnärzte (SMC-B)
- Institutionskarte Krankenhaus (SMC-B)
- SMC-B ORG für Kassenzahnärztliche Vereinigungen
- SMC-B KTR für Betriebsstätte Kostenträger
- elektronischer Arztausweis (HBA)
- elektronischer Psychotherapeutenausweis (HBA)
- elektronischer Zahnarztausweis (HBA)

Das Antragsformular umfasst mehrere Seiten, die Sie bitte Schritt für Schritt ausfüllen. Nach dem Absenden des Antrags laden Sie bitte die PDF Datei mit den Antragsdaten herunter und befolgen Sie die darin enthaltenen Anweisungen. Sie werden zum Ausfüllen eines Antrags circa 10 Minuten Zeit benötigen.

Im Bereich "Karten verwalten" können Sie

- erhaltene Karten zur Benutzung freischalten
- erhaltene Karten sperren
- melden, wenn Karte oder PIN Brief nicht angekommen sind
- einen Austauschausweis im vereinfachten Verfahren beantragen (gilt nicht für SMC-B KTR).

Antrag stellen Karten verwalten

ANTRAG STELLEN

Vorbefüllten Antrag laden

Hier sind Sie richtig, wenn Sie von Ihrer zuständigen Körperschaft Informationen über einen für Sie vorbereiteten Antrag inklusive einer Vorgangsnummer erhalten haben.

Bitte beachten Sie, dass eine Vorbefüllung von Anträgen nicht von allen Körperschaften durchgeführt wird.

Gespeicherten Antrag laden

Hier sind Sie richtig, wenn

- Sie die Antragstellung eines (eventuell vorbefüllten) Antrags unterbrochen haben und die Bearbeitung fortsetzen wollen,
- Sie einen bereits abgeschickten Antrag einsehen, ändern oder stornieren möchten.

Mit leerem Antrag beginnen

Hier sind Sie richtig, wenn Sie mit einem leeren Antragsformular beginnen möchten.

Bitte beachten Sie, dass diese Möglichkeit nicht bei allen Körperschaften zulässig ist.

Antragsdaten aus bereits gestelltem Antrag übernehmen

Hier sind Sie richtig, wenn Sie einen neuen Antrag stellen möchten und dazu die Antragsdaten aus einem älteren Antrag übernehmen und bei Bedarf anpassen möchten.

Bitte beachten Sie, dass diese Möglichkeit nicht bei allen Körperschaften zulässig ist.

[Zurück zur Startseite](#)

MIT LEEREM ANTRAG BEGINNEN

Zuständige Körperschaft auswählen

Wählen Sie bitte nacheinander

- den Kartentyp und
- die für Sie zuständige Körperschaft

aus, um zum Antragsformular Ihrer Körperschaft zu gelangen.

Sie haben beim Ausfüllen des Antrags die Möglichkeit, die Bearbeitung zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen. Dabei wird Ihr Bearbeitungsstand gesichert, und Sie erhalten ein PDF-Dokument zum Download. Dieses enthält Passworte, die Sie zur Fortsetzung der Bearbeitung des Antrags zwingend benötigen.

Hinweise:

Diese Funktion steht nicht für die Beantragung der SMC-B für Zahnärzte zur Verfügung. Zahnärzte verwenden bitte die entsprechende Funktion im Portal Ihrer zuständigen Körperschaft.

Bitte Kartentyp wählen

- Elektronischer Arztausweis (HBA)
- Elektronischer Zahnarztausweis (HBA)
- Elektronischer Psychotherapeutenausweis (HBA)
- Praxisausweis für eine Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis, MVZ oder Ambulanz (SMC-B)
- Praxisausweis für eine Zahnarztpraxis (SMC-B)
- Institutionskarte für ein Krankenhaus (SMC-B)
- SMC-B KTR für Betriebsstätte Kostenträger
- SMC-B ORG für Kassenzahnärztliche Vereinigung

Zurück

MIT LEEREM ANTRAG BEGINNEN

Zuständige Körperschaft auswählen

Wählen Sie bitte nacheinander

- den Kartentyp und
- die für Sie zuständige Körperschaft

aus, um zum Antragsformular Ihrer Körperschaft zu gelangen.

Sie haben beim Ausfüllen des Antrags die Möglichkeit, die Bearbeitung zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen. Dabei wird Ihr Bearbeitungsstand gesichert, und Sie erhalten ein PDF-Dokument zum Download. Dieses enthält Passworte, die Sie zur Fortsetzung der Bearbeitung des Antrags zwingend benötigen.

Hinweise:

Diese Funktion steht nicht für die Beantragung der SMC-B für Zahnärzte zur Verfügung. Zahnärzte verwenden bitte die entsprechende Funktion im Portal Ihrer zuständigen Körperschaft.

Bitte Kartentyp wählen

- Elektronischer Arztausweis (HBA)
- Elektronischer Zahnarzteausweis (HBA)
- Elektronischer Psychotherapeutenausweis (HBA)
- Praxisausweis für eine Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis, MVZ oder Ambulanz (SMC-B)
- Praxisausweis für eine Zahnarztpraxis (SMC-B)
- Institutionskarte für ein Krankenhaus (SMC-B)
- SMC-B KTR für Betriebsstätte Kostenträger
- SMC-B ORG für Kassenzahnärztliche Vereinigung

Zurück

Bitte Körperschaft wählen

Zuständige Körperschaft

bitte wählen

- Zahnärztekammer Berlin
- Zahnärztekammer Bremen
- Zahnärztekammer Hamburg
- Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- Zahnärztekammer Niedersachsen
- Zahnärztekammer Nordrhein
- Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
- Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFS AUSWEISES

- Sie beginnen einen neuen Antrag!

Mit diesem Formular kann ein Heilberufsausweis (HBA) für Zahnärzte beantragt werden. Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder.

* Antragstyp:

Erstantrag ▼

* Ausweisarten:

Heilberufsausweis ▼

* Kartenlaufzeit (Jahre):

4 ▼

Persönliche Angaben des Antragstellers

Bitte geben Sie hier die Daten zu Ihrer Person ein, wie in Ihrem

Die hier angegebenen Daten müssen mit Ihrem persönlichen Ausweisdokument übereinstimmen!

Namensdaten

* Anrede:

bitte wählen ▼

Falls Ihr Grad/Titel von Ihrer zuständigen Kammer bereits eingetragen wurde, können Sie diesen Wert nicht ändern. Ihre Eingabe kann von Ihrer zuständigen Kammer bei der Freigabe des Antrags geändert werden.

Grad/Titel:

*** Vornamen:**

*** Nachname:**

*** Staatsangehörigkeit:**

Geburtsdaten

Geburtsname:

*** Geburtsdatum:**

*** Geburtsort:**

*** Geburtsland:**

Privatanschrift / Meldeanschrift

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

c/o:

* Straße:

Hausnummer:

* Postleitzahl:

* Stadt:

* Land:

Deutschland ▼

Kontaktdaten

Bitte geben Sie die Kontaktdaten an, unter denen Sie tagsüber zu erreichen sind. Mögliche Rückfragen zum Antrag können dadurch schnell und unkompliziert geklärt werden.

* Telefon:

Fax:

Mobil:

* E-Mail:

* E-Mail (bestätigen):

Antrag verwerfen Antragstellung unterbrechen Weiter 

Fortschritt: 0%

BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFS AUSWEISES

*** Produkt:**

- HBA 4 Jahre mit Einmalzahlung
- HBA 4 Jahre mit jährlicher Zahlung
- HBA 4 Jahre mit quartalsweiser Zahlung

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

Praxis / Einrichtung

Die Angaben zur Praxis/Einrichtung sind keine Pflichtfelder.

Name:

Abteilung:

c/o:

Straße:

Hausnummer:

Postleitzahl:

Stadt:

Land:

Telefon:

Fax:

Mobil:

E-Mail:

E-Mail (bestätigen):

Zurück Antrag verwerfen Antragstellung unterbrechen Weiter 

Fortschritt: 30%

BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFS AUSWEISES

Wichtiger Hinweis zur Auslieferung: Ihr elektronischer Heilberufsausweis wird Ihnen per Post an ihre Meldeadresse zugesendet und muss von Ihnen persönlich oder einer von Ihnen bevollmächtigten Person (siehe Vollmacht in Ihren Antragsunterlagen) entgegengenommen werden. In Abstimmung mit der für Sie zuständigen Kammer wurde festgelegt, dass der Versand aktuell ausschließlich an Ihre Meldeadresse (Deutschland) erfolgen kann.

*** Lieferanschrift:**

Meldeanschrift ▼

Rechnungsdaten

*** Reseller:**

bitte wählen ▼



*** Ich stimme dem Versand der Rechnung an meine E-Mail-Adresse zu:**

bitte wählen ▼

*** Als Rechnungsanschrift übernehmen:**

bitte wählen ▼

*** Zahlungsart:**

Jährliche Zahlung ▼

*** Zahlungsmethode:**

Lastschrift ▼

[Zurück](#)[Antrag verwerfen](#)[Antragstellung unterbrechen](#)[Weiter](#) 

Fortschritt: 49%

BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFSAUSWEISES

SEPA-Lastschriftmandat für diesen Auftrag

Hiermit ermächtigen Sie die T-Systems International GmbH, die Zahlungen für diesen Auftrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen Sie Ihr Kreditinstitut an, die von der T-Systems International GmbH auf Ihr Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Transaktionstyp: wiederkehrende Lastschrift

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

T-Systems International GmbH, Hahnstraße 43d, 60528 Frankfurt am Main

Gläubiger-ID des Zahlungsempfängers: DE04ZZZ00000088555

Hinweise:

Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Mandatsreferenz wird Ihnen mit der ersten Rechnung mitgeteilt.

Leider können bereits bestehende Lastschriftmandate nicht für diesen Auftrag genutzt werden.

* Geldinstitut:

* IBAN:

* BIC:



* Kontoinhaber (Name oder Institution):

Zertifikatsdaten

Auf Ihrem eZahnarzttausweis sind Zertifikate für die Signatur, Authentifizierung und Verschlüsselung gespeichert. Im Folgenden legen Sie die Daten in Ihren Zertifikaten fest. Bitte beachten Sie, dass diese Daten im Nachhinein nicht mehr abänderbar sind!

Wenn Sie hier eine E-Mail-Adresse angeben, wird sie in Ihr Zertifikat aufgenommen. Hinweis: Die E-Mail-Adresse im Zertifikat ist nicht änderbar. Geben Sie daher bitte eine E-Mail-Adresse an, die Sie im Gültigkeitszeitraum Ihres elektronischen eZahnarzttausweises nutzen können.

Die angegebene E-Mail-Adresse wird NICHT für Werbezwecke verwendet.

E-Mail-Adresse für die Zertifikate des eZahnarzttausweises:

E-Mail-Adresse für die Zertifikate des eZahnarzttausweises (bestätigen):

Ich bin damit einverstanden, dass mein Verschlüsselungszertifikat sowie Vor- und Nachname im öffentlichen Verzeichnisdienst der T-Systems zum Abruf bereit gestellt werden. Die Daten werden von T-Systems nicht zu Werbezwecken verwendet.

Wir empfehlen Ihnen, der Veröffentlichung zuzustimmen, um alle Funktionen des elektronischen Ausweises (z. B. sichere, elektronische Kommunikation) nutzen zu können. Eine nachträgliche Änderung ist ohne Neuausstellung des Ausweises nicht möglich.

*** Veröffentlichung von Zertifikatsdaten:**

Stimmen Sie den Erklärungen zu!

*** Ich möchte meine bisherige Telematik-ID beibehalten:**



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

Kartenaufdruck

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

Zeile 1:

Zeile 2:

Zeile 3:

Zurück

Antrag verwerfen

Antragstellung unterbrechen

Weiter



Fortschritt: 71%

BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFS AUSWEISES

Identifizierung

* Identifizierungsmethode:

PostIdent

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

Ihr Ausweisdokument wird im Rahmen der Identifizierung benötigt.

* Ausweisdokument:

Personalausweis

* Dokumentennummer:

?

* Ausstellungsdatum:

Gültig bis:

* Ausstellende Behörde:

Zurück

Antrag verwerfen

Antragstellung unterbrechen

Weiter

Fortschritt: 84%

Home Antrag stellen Karten verwalten Sup

BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFSAUSWEIS

Hochladen Ihres Fotos

Da Ihr HBA auch als Sichtausweis dient, wird ein Foto von

Bitte laden Sie daher ein digitales Foto im Format GIF oder JPEG durch Klicken in den unten markierten Bereich. Diesen Vorgang können Sie wiederholen, wenn Sie das gewählte Foto ändern möchten.

Klicken Sie danach auf "Weiter" und wählen Sie im nächsten Schritt den Ausschnitt des Bildes, der aufgedruckt werden soll.

Sollten Sie kein geeignetes digitales Foto zur Hand haben, können Sie das Hochladen durch Auswahl des entsprechenden Buttons überspringen und ein Papierfoto zusammen mit Ihrem Antrag per Post an T-Systems senden.

<Klicken Sie hier zum Hochladen des Fotos>

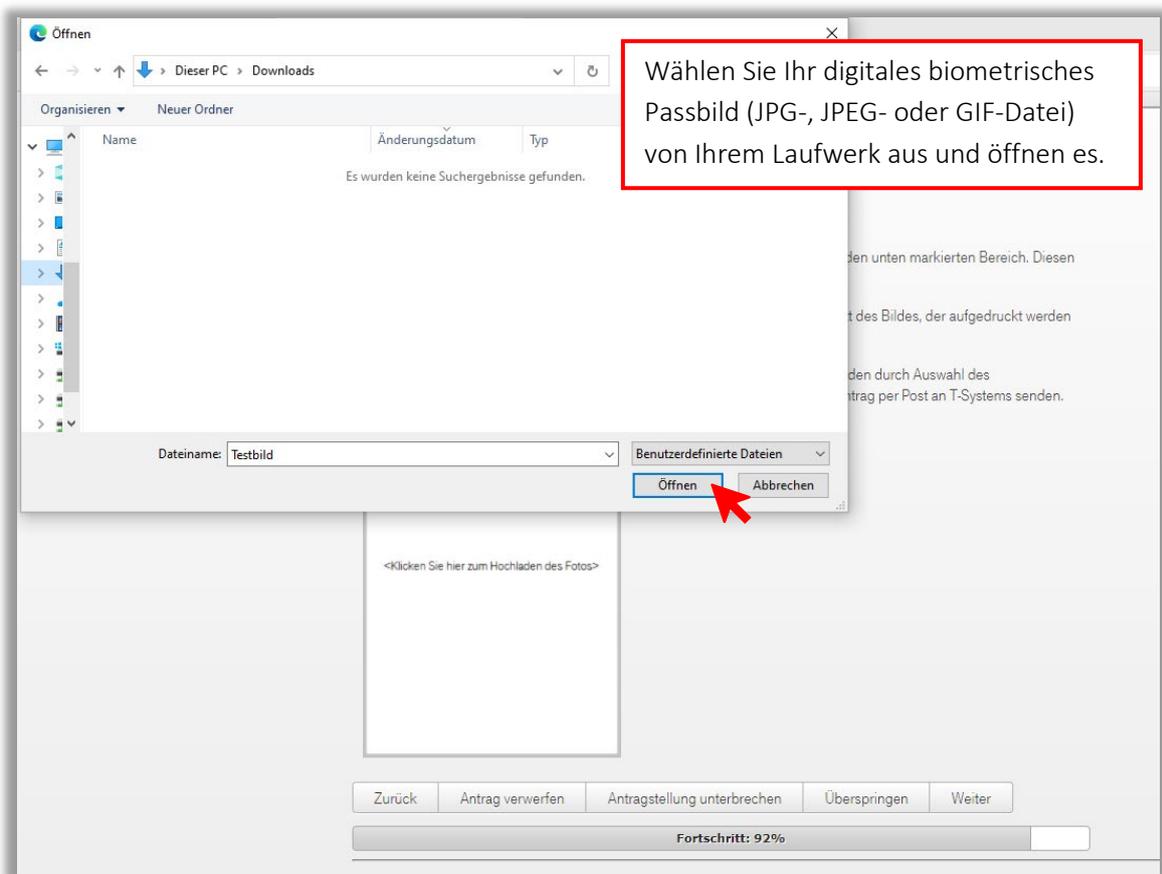


Zurück Antrag verwerfen Antragstellung unterbrechen Überspringen Weiter

Fortschritt: 92%



Laden Sie Ihr digitales biometrisches Passbild (JPG-, JPEG- oder GIF-Datei) hoch. Alternativ können Sie diesen Schritt überspringen und auf die ausgedruckten Antragsunterlagen ein Papierfoto kleben.



[Home](#)[Antrag stellen](#)[Karten verwalten](#)[Support](#)

BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFSAUSWEISES

Hochladen Ihres Fotos

Da Ihr HBA auch als Sichtausweis dient, wird ein Foto von Ihnen aufgedruckt.

Bitte laden Sie daher ein digitales Foto im Format GIF oder JPEG durch Klicken in den unten markierten Bereich. Diesen Vorgang können Sie wiederholen, wenn Sie das gewählte Foto ändern möchten.

Klicken Sie danach auf "Weiter" und wählen Sie im nächsten Schritt den Ausschnitt des Bildes, der aufgedruckt werden soll.

Sollten Sie kein geeignetes digitales Foto zur Hand haben, können Sie das Hochladen durch Auswahl des entsprechenden Buttons überspringen und ein Papierfoto zusammen mit Ihrem Antrag per Post an T-Systems senden.

[Zurück](#)[Antrag verwerfen](#)[Antragstellung unterbrechen](#)[Überspringen](#)[Weiter](#)

Fortschritt: 92%

Home Antrag stellen Karten verwalten Support

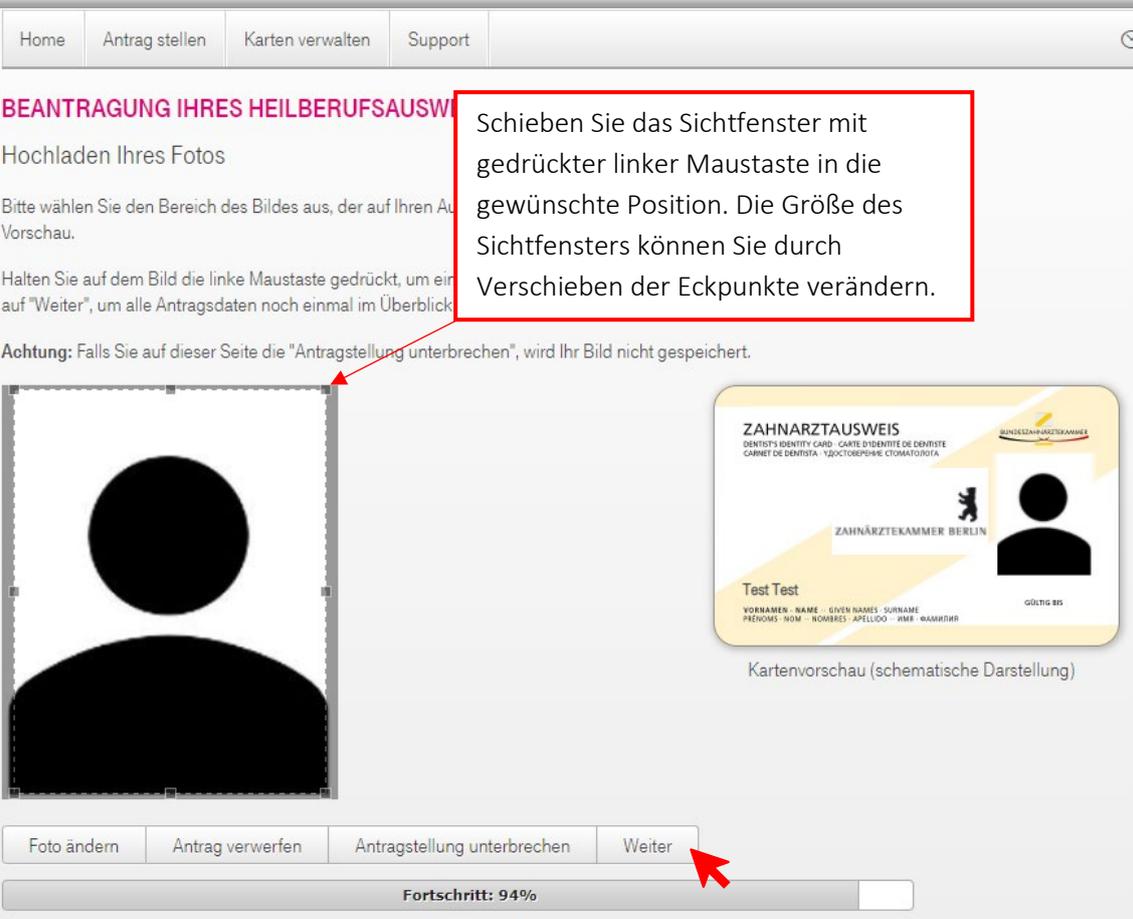
BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFSAUSWEIS

Hochladen Ihres Fotos

Bitte wählen Sie den Bereich des Bildes aus, der auf Ihren Ausweis
Vorschau.

Halten Sie auf dem Bild die linke Maustaste gedrückt, um ein
auf "Weiter", um alle Antragsdaten noch einmal im Überblick

Achtung: Falls Sie auf dieser Seite die "Antragstellung unterbrechen", wird Ihr Bild nicht gespeichert.



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

ZAHNARZTAUSWEIS
DENTIST'S IDENTITY CARD · CARTE D'IDENTITÉ DE DENTISTE
CARNET DE DENTISTA · ДИОЦТОБЕРИТЕ ЦТОМАТОЛОГА

MINDELSZAHNÄRZTERKAMMER

ZAHNÄRZTERKAMMER BERLIN

Test Test

VORNAME · NAME · GIVEN NAMES · SURNAME
PREZIME · IME · NOMBRES · APELLIDO · ИМЕ · ФАМИЛИЯ

GÜLTIG BIS

Kartenvorschau (schematische Darstellung)

Foto ändern Antrag verwerfen Antragstellung unterbrechen Weiter

Fortschritt: 94%

Home	Antrag stellen	Karten verwalten	Support		
------	----------------	------------------	---------	--	--

PREISVORSCHAU

Gewähltes Produkt: **HBA 4 Jahre mit Einmalzahlung**
 Bestehend aus folgenden Artikeln (alle Preisangaben in EUR):

Anzahl	Artikel	Einzelpreis	Rabatt auf Einzelpreis	Gesamt erste Rechnung	Gesamt Folgerechnungen
1	HBA 4 Jahre mit Einmalzahlung	336,00	0,00	336,00	0,00
Summe der Einzelpreise				336,00	0,00
zzgl. 19% MwSt.				63,84	0,00
Zwischensumme				399,84	0,00
Anzahl Folgerechnungen					0
Summe aller Folgerechnungen					0,00
Gesamtsumme aller Rechnungen					399,84

Zurück	Antrag verwerfen	Antragstellung unterbrechen	Weiter
--------	------------------	-----------------------------	--------

Fortschritt: 96%

BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFS AUSWEISES

Ihr Antrag im Überblick

Bitte überprüfen Sie Ihre Eingaben vor dem Absenden des Antrags. Die Antragsdaten sind in mehrere Bereiche gegliedert. Sie haben die Möglichkeit, durch Drücken eines blau hervorgehobenen Links "[Angaben unterhalb bearbeiten]" Antragsdaten des jeweiligen Bereiches zu korrigieren.

Vor dem Absenden beantworten Sie bitte noch notwendige Einverständniserklärungen oder Bestätigungen

Sie können den Antrag auch verwerfen oder die Antragsbearbeitung fortfahren.

Nach dem Absenden wird Ihnen eine PDF Datei mitgedruckt. Bitte drucken Sie diese Datei aus, sie enthält wichtige Informationen. Bitte drucken Sie diese Datei aus, sie enthält wichtige Informationen mit diesem Absenden einen bereits gestellten Antrag

Kontrollieren Sie Ihre Angaben sorgfältig und korrigieren Sie ggf. Ihre Daten über [Angaben unterhalb bearbeiten]. Nehmen Sie nachträglich keine handschriftlichen Änderungen vor!

Wichtiger Hinweis: Bitte drucken Sie die Datei einseitig aus.

[\[Angaben unterhalb bearbeiten\]](#)

Antragstyp
Erstantrag
Ausweisarten
Heilberufsausweis
Kartenlaufzeit (Jahre)
4

Persönliche Angaben des Antragstellers

Namensdaten

Anrede	Frau
Grad/Titel	
Vornamen	Test
Nachname	Test
Staatsangehörigkeit	Deutschland

Geburtsdaten

Geburtsname	
Geburtsdatum	01.01.1980
Geburtsort	Testort
Geburtsland	Deutschland

Privatanschrift / Meldeanschrift

c/o	
Straße	Teststraße
Hausnummer	
Postleitzahl	12345
Stadt	Testort
Land	Deutschland

Kontaktdaten

Telefon	0123 456789
Fax	
Mobil	
E-Mail	test@testmail.de

[Angaben unterhalb bearbeiten]

Praxis / Einrichtung

Name

Abteilung

c/o

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Stadt

Land

Telefon

Fax

Mobil

E-Mail

[Angaben unterhalb bearbeiten]

Lieferanschrift

Meldeanschrift

Rechnungsdaten

Reseller kein Vertriebspartner

Ich stimme dem Versand der Rechnung an meine E-Mail-Adresse zu Nein

E-Mail-Adresse

Rechnungsanschrift

Anrede Frau

Grad/Titel

Nachname Test

Vorname Test

Institution

Straße Teststraße

Hausnummer

Postleitzahl 12345

Ort Testort

Zahlungsart Quartalsweise Zahlung

Zahlungsmethode Lastschrift

[\[Angaben unterhalb bearbeiten\]](#)

SEPA-Lastschriftmandat für diesen Auftrag

Geldinstitut

IBAN

BIC

Kontoinhaber (Name oder Institution)

Test Test

Zertifikatsdaten

E-Mail-Adresse für die Zertifikate des eZahnarztausweises

Veröffentlichung von Zertifikatsdaten Ja

Ich möchte meine bisherige Telematik-ID beibehalten Ja

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

Kartenaufdruck

Zeile 1

Zeile 2

Zeile 3

[Angaben unterhalb bearbeiten]

Identifizierung

Identifizierungsmethode

Ausweisdokument

Dokumentnummer

Ausstellungsdatum

Gültig bis

Ausstellende Behörde

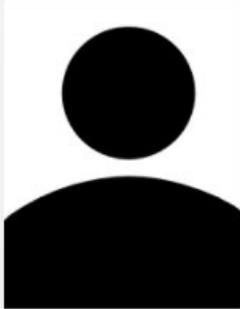
Gewähltes Produkt

HBA 4 Jahre mit Einmalzahlung

Gesamtsumme aller Rechnungen

399,84 €

Ihr Ausweisfoto [\[ändern\]](#)



Kartenvorschau (schematische Darstellung)

- Für die Refinanzierung der Kosten des eZahnärztausweises,
- 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 ausweisspezifischen Daten meines elektronischen Zahnärztausweises an die für mich zuständige KZV zu übergabe. Ich bin bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ein Widerruf die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird. Ein Widerruf ist je nach KZV über die Postadresse oder per E-Mail bei meiner zuständigen (Landes-) Zahnärztekammer möglich.

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

* Einverständniserklärung des Antragstellers:

Ja

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Daten korrekt eingegeben habe und die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) sowie die Preise Heilberufsausweis (HBA) sowie die Informationen zum HBA zur Kenntnis genommen habe (siehe unter <https://www.telesec.de/de/hba/support/downloadbereich>). Ich willige ausdrücklich in die Weiterleitung der vorstehend angegebenen Daten durch die T-Systems International GmbH als Zertifikatsaussteller ein. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine o.a. Angaben und die Zertifikatsdaten von der T-Systems International GmbH zur Bearbeitung des Antrages und zur Ausstellung eines Heilberufsausweises verarbeitet und gespeichert werden. Die Daten werden bei T-Systems International GmbH im gesetzlich erforderlichen Umfang gespeichert und anschließend gelöscht. Die Verarbeitung schließt eine Weiterleitung der Daten an die zuständigen berufsständigen Kammern gemäß den rechtlichen und vertraglichen Vorgaben ein.

Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

T-Systems International GmbH
Trust Center Services
Untere Industriestr. 20
D-57250 Netphen

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass der Widerruf der Einwilligung aus rechtlichen Gründen die Sperrung aller Zertifikate auf dem Ausweis nach sich zieht und die zuständigen berufsständischen Kammern über den Widerruf informiert werden.

Hinweise:

Sollten Sie Ihre Bestätigung nicht geben, kann der Antrag nicht bearbeitet werden!
Bitte stellen Sie bei Überarbeitung und erneutem Absenden Ihres Antrags sicher, dass Sie die aktuelle Version der AGB zur Kenntnis genommen haben, wenn sich diese seit Ihrer letzten Antragstellung geändert haben. Das Dokument ist auf der Webseite mit Gültigkeitsdatum veröffentlicht.

*** Bestätigung des Antragstellers:**

Ja

Sie müssen allen Erklärungen zustimmen!

Hiermit bestätige ich die vorgenannte Anzahl der Heilberufsausweise (Karten) und die verbindliche Bestellung der vorgenannten Leistungen auf Grundlage der Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Preise Heilberufsausweis (HBA) der Deutschen Telekom AG in der jeweils aktuellen Fassung nebst zugehöriger Anlagen. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen nebst Anlagen können unter folgendem Link <https://www.telesec.de/de/service/downloads/allgemeine-geschaeftsbedingungen> abgerufen werden. Ich setze T-Systems eine Frist von 4 Wochen zur Annahme meiner Bestellung.

*** Bestätigung des Antragstellers:**

Ja

Antrag verwerfen Antragstellung unterbrechen Antrag absenden

Fortschritt: 98%

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

