

## Beantragung des eHBA's bei der Bundesdruckerei (D-Trust)

Bevor Sie beginnen halten Sie bitte folgendes bereit:

1. Amtliches Ausweisdokument, mit dem Sie sich identifizieren wollen
2. Digitales Passbild zum Hochladen im Antragsportal  
(Halten Sie hier Ihr Ausweisfoto als jpg/jpeg, png oder bmp mit einer maximalen Dateigröße von 2 MB zum Upload bereit; wir empfehlen das Foto bereits vorab auf dem Desktop zu speichern.)

Klicken Sie auf den Link zum Antragsportal (siehe Kammer-Website)

Herzlich Willkommen im Antragsportal für  
Heilberufsausweise und Institutionskarten

Elektronischer  
Heilberufsausweis (eHBA)

[Neuen Antrag stellen](#)

[Meine angelegten Anträge aufrufen](#)



Institutionskarte (SMC-B)

[Neuen Antrag stellen](#)

[Meine angelegten Anträge aufrufen](#)

Bitte „Neuen Antrag stellen“  
anklicken!

Hinweis: Bitte verzichten Sie während des Antragsprozesses auf die Browser-Rücksprung-Taste

## Neuen Antrag stellen

### Mit leerem Antrag beginnen

Bitte wählen Sie Ihren Kartentyp

- Elektronischer Apothekerausweis
- Elektronischer Arztausweis
- Elektronischer Zahnarztausweis

Zuständiger Kartenherausgeber:

- Landeszahnärztekammer Thüringen
- Ärzttekammer des Saarlandes - Abteilung Zahnärzte
- Bayerische Landes Zahnärztekammer
- Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg
- Landeszahnärztekammer Brandenburg
- Landeszahnärztekammer Hessen
- Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz
- Landeszahnärztekammer Sachsen
- Landeszahnärztekammer Thüringen
- Zahnärztekammer Berlin
- Zahnärztekammer Bremen
- Zahnärztekammer Hamburg
- Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

### Mit vorbefülltem Antrag beginnen

Bitte geben Sie hier die Vorgangsnummer ein, die Sie von Ihrem Kartenherausgeber für Ihren vorbefüllten Antrag erhalten haben.

Vorgangsnummer

Zur Antragstellung

**Punkt „Elektronischer Zahnarztausweis“ wählen**

**„Landeszahnärztekammer Thüringen“ als zuständiger Kartenherausgeber auswählen.**

## Neuen Antrag stellen

## Mit leerem Antrag beginnen

Bitte wählen Sie Ihren Kartentyp

- Elektronischer Apothekeerausweis
- Elektronischer Arztausweis
- Elektronischer Zahnarztausweis

Zuständiger Kartenherausgeber:

Landes Zahnärztekammer Thüringen

**Zur Antragstellung**

## Mit vorbefülltem Antrag beginnen

Bitte geben Sie hier die Vorgangsnummer ein, die Sie von Ihrem Kartenherausgeber für Ihren vorbefüllten Antrag erhalten haben.

Vorgangsnummer

**Zur Antragstellung****„Zur Antragstellung“ klicken!****Produkt**

Antragsteller

Institution

Bestellung

Zertifikat

Kartenlayout

Zusammenfassung

Abschluss

## Produkt

\* Pflichtfelder

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? - Bitte wählen Sie einen Dienstleister aus.\*

- CompuGroup Medical (CGM)
- Pharmatechnik
- Sonstige**

Sofern Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein.

Bestellcode

Sie benötigen Hilfe?

[ehealth-support@bdr.de](mailto:ehealth-support@bdr.de)

+49 (0)30 2598 4050

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

[Häufig gestellte Fragen](#)**Bitte hier auswählen!**Es gilt die Datenschutzerklärung des D-TRUST eHealth Portals:  
[https://www.d-trust.net/internet/files/datenschutzerklaerung\\_ehealth.pdf](https://www.d-trust.net/internet/files/datenschutzerklaerung_ehealth.pdf)**Weiter****„Weiter“ klicken!**

## Antragsteller

\* Pflichtfelder

### Namensdaten

Persönliche Daten des Antragstellers

Titel  ?

Vorname(n) \*  ?

Nachname \*  ?

Sie benötigen Hilfe?

[ehealth-support@bdr.de](mailto: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 \*

**Bitte hier alle Pflichtfelder ausfüllen!**

### Art der Identifizierung

Da Ihr eHBA die Möglichkeit der qualifizierten elektronischen Signatur (QES) bietet, ist eine Identifizierung gemäß den Vorgaben der eIDAS-Verordnung erforderlich. Ihre ausgedruckten Antragsunterlagen enthalten alle erforderlichen Formulare.

Identifikationsverfahren \*  Bereits identifiziert ?  Postident ?

Ausweisdokument \*  Aufenthaltstitel ?  Personalausweis ?  Reisepass ?

Ausweisnummer \*

Tag der Ausstellung \*

Gültig bis \*

Ausstellende Behörde \*  ?

Ausstellendes Land \*

**Bitte „Postident“ auswählen! Zwingend erforderlich!**

**Alle Pflichtfelder vom Personalausweis oder Reisepass übertragen!**

## Meldeadresse

wohnhaft bei

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

Straße \*

Hausnummer

Postleitzahl \*

Ort \*

Land \*

Alle Pflichtfelder ausfüllen!

## Kontaktdaten

Telefon, E-Mail des Antragstellers

Telefon \*  ?

Beispiel: 0049 30 123456789

Die Telefonnummer ist für wichtige Informationen zu Ihrem bestellten Heilberufsausweis bzw. den darauf enthaltenen Zertifikaten und zur Verwendung im Rahmen des SMS-TAN Verfahrens. **Mit dem SMS-TAN Verfahren können Sie unter anderem Ihre Zertifikate elektronisch und ohne Zeitverlust selbstständig freischalten oder sperren lassen.**

Die Telefonnummer muss in folgendem Format eingegeben werden: 004930123456789. 0049 ist die Landesvorwahl, 30 ist die Ortsvorwahl ohne führende 0, 123456789 ist die Telefonnummer inkl. Durchwahl. Bitte verwenden Sie nur Ziffern und keine anderen Zeichen.

E-Mail \*  ?

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

Achtung:  
Schreibweise

Zurück

Weiter

„Weiter“ klicken!

## Institution [angeben](#)

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

\* Pflichtfelder

Sie benötigen Hilfe?

[ehealth-support@bdr.de](mailto:ehealth-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

„Weiter“ klicken!

## Institution [löschen](#)

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

\* Pflichtfelder

Name der Praxis/Institution\*  

Abteilung

Sie benötigen Hilfe?

[ehealth-support@bdr.de](mailto:ehealth-support@bdr.de)

 +49 (0)30 2598 4050

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

[Häufig gestellte Fragen](#)

## 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

Eingabe der Praxis- und Kommunikationsdaten auf dieser Seite, wenn auf „Institution angeben“ geklickt wurde.

---

## Kommunikation

Telefon, E-Mail der Institution

Telefon

Mobil

E-Mail

Zurück

Weiter

„Weiter“ klicken!

## Bestellung

\* Pflichtfelder

### Anzahl Karten

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

Anzahl gewünschter eHBA\*

Sie benötigen Hilfe?

[ehealth-support@bdr.de](mailto:ehealth-support@bdr.de)

+49 (0)30 2598 4050

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

[Häufig gestellte Fragen](#)

Pflichtfeld

### 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

Gesamtpreis

---

## Freischaltung/Sperrung

Zum sofortigen Freischalten oder Sperren meiner Karte(n) möchte ich folgendes Passwort verwenden: (Bitte verwenden Sie kein Trivialpasswort wie z.B. Ihren Namen, Geburtstag etc. und keine Umlaute, Leerzeichen oder Sonderzeichen. Länge 6 bis 20 Zeichen. Groß-Kleinschreibung wird unterschieden.)

Service-Passwörter

eHBA 01 \*



Hier wird ein Passwort vorgegeben. Dies kann geändert werden!

## Beantragter elektronischer Zahnarztausweis

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

Andere Kammer:  Ja  Nein

Bitte nur „Ja“ anklicken, wenn Sie schon einmal einen eHBA beantragt haben. Wenn ja, zugehörige Kammer auswählen.

## Lieferanschrift

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

Lieferadresse \*  Meldeadresse

Es kann nur die Meldeadresse ausgewählt werden.



## Rechnungsanschrift

Bitte geben Sie hier Ihre Rechnungsadresse ein.

Rechnungsadresse \*  Meldeadresse  andere Adresse

Ggf. andere Adresse  
angeben!

## Rechnungsversand

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

Rechnungsversand \*  E-Mail  Post

Ggf. E-Mail-Adresse  
auswählen!

## Zahlverfahren

Bitte geben Sie hier die gewünschte Zahlungsart an.

Zahlverfahren \*  Kauf auf Rechnung  Lastschriftverfahren

Ggf. Lastschriftverfahren  
klicken und Kontodaten  
+ gewünschte  
Zahlungsintervalle  
angeben!

Zurück

Weiter

„Weiter“ klicken!

# Zertifikat

\* Pflichtfelder

## 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



Sie benötigen Hilfe?

[ehealth-support@bdr.de](mailto:ehealth-support@bdr.de)

+49 (0)30 2598 4050

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

[Häufig gestellte Fragen](#)

## Einrichtung eines Fernsignaturkontos

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

Die Identitätsdaten einer natürlichen Person, die für die Ausstellung eines qualifizierten Zertifikats erhoben wurden, können innerhalb von 3 Jahren wiederverwendet werden um ein weiteres Zertifikatsprodukt für diese Person auszustellen. Zur Erhöhung Ihrer Flexibilität und Verbesserung der Handhabbarkeit bei der elektronischen Signatur 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](http://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.

Weitere Informationen zu sign-me finden Sie hier: [https://www.bundesdruckerei.de/system/files/dokumente/pdf/2020\\_Flyer\\_sign-me\\_eHBA\\_web.pdf](https://www.bundesdruckerei.de/system/files/dokumente/pdf/2020_Flyer_sign-me_eHBA_web.pdf)

Zurück

Weiter

„Weiter“ klicken!

# Kartenlayout

\* Pflichtfelder

## 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.

Sie benötigen Hilfe?

[ehealth-support@bdr.de](mailto:ehealth-support@bdr.de)

+49 (0)30 2598 4050

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

[Häufig gestellte Fragen](#)

Passfoto hochladen!

HBA

### ZAHNARZTAUSWEIS

DENTIST'S IDENTITY CARD · CARTE D'IDENTITÉ DE DENTISTE  
CARNET DE DENTISTA · УДОСТОВЕРЕНИЕ СТОМАТОЛОГА

BLUNDEZAHNARZTKAMMER

Nicole Test

VORNAMEN · NAME · GIVEN NAMES · SURNAME  
PRENOMS · NOM · NOMBRES · APELLIDO · ИМЯ · ФАМИЛИЯ

GÜLTIG BIS  
10.05.2026

Zurück

Weiter

„Weiter“ klicken!

## Zusammenfassung

\* Pflichtfelder

Bitte überprüfen Sie Ihre Antragsdaten

### Antragsteller

[bearbeiten](#)

#### Namensdaten

Titel   
Vorname(n)   
Nachname

#### Geburtsdaten

Geburtsname   
Geburtsdatum   
Geburtsort

#### Art der Identifizierung

Identifikationsverfahren	Postident
Ausweisdokument	Personalausweis
Ausweisnummer	<input type="text"/>
Tag der Ausstellung	<input type="text"/>
Gültig bis	<input type="text"/>
Ausstellende Behörde	<input type="text"/>
Ausstellendes Land	Deutschland

Sie benötigen Hilfe?

[ehealth-support@bdr.de](mailto:ehealth-support@bdr.de)

+49 (0)30 2598 4050

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

[Häufig gestellte Fragen](#)

Bitte alle Angaben prüfen!

## Meldeadresse

wohnhaft bei  
Straße   
Hausnummer   
Postleitzahl   
Ort   
Land

**Bitte alle Angaben  
prüfen!**

## Kontaktdaten

Telefon   
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   
Gesamtpreis

### Freischaltung/Sperrung

Ihre Service-Passwörter

eHBA 01

### Beantragter elektronischer Zahnarztausweis

Andere Kammer:

Lieferanschrift

Meldeadresse

Rechnungsanschrift

Meldeadresse

Rechnungsversand

Post

**Bitte alle Angaben  
prüfen!**

Zahlverfahren

Kauf auf Rechnung

Zertifikat

[📄 bearbeiten](#)

Zertifikatsinhaber

E-Mail-Adresse in Zertifikat

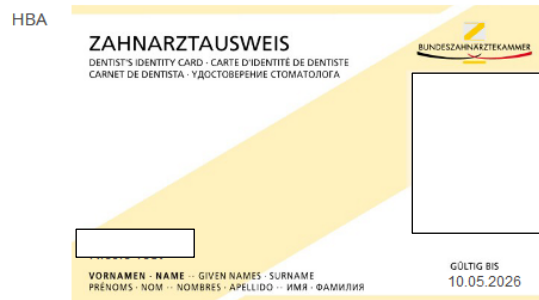
Einrichtung eines Fernsignaturkontos

Zustimmung zur Nutzung der Identifizierung für die kostenlose Anlage eines Fernsignaturkontos (sign-me) Mobilfunknummer **Nein**

## Kartenlayout

 bearbeiten

Ihr elektronischer Ausweis



## Erklärungen

Veröffentlichung im D-TRUST Verzeichnisdienst 

Ich willige hiermit in die freiwillige Veröffentlichung meiner Zertifikate durch die Online-Zertifikatsdatenbank von D-TRUST GmbH ein. Die Aufnahme in den D-TRUST Verzeichnisdienst bietet einen zusätzlichen Mehrwert für den Besitzer, da die Karte auch außerhalb der Telematikinfrastruktur genutzt werden kann. 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 Ihrer Karte innerhalb der Telematikinfrastruktur wird hiervon nicht berührt. Der Widerruf kann an Datenschutz@d-trust.net oder an D-TRUST GmbH, Antragsbearbeitung, Kommandantenstraße 15, 10969 Berlin ausgesprochen werden.

AGB \*

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

**Darf nicht leer sein!**

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.

Darf nicht leer sein!

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 beibehalten

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 meine Zahnärztekammer eine neue Telematik-ID generieren, mir zuordnen und an die D-Trust GmbH weiterleiten. Die Zuordnung einer neuen Telematik-ID ist mit einem Zugriffsverlust auf verschlüsselte Daten und elektronische Berechtigungen, z.B. auf elektronische Patientenakten, verbunden.

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

anklicken!

Bitte speichern Sie Ihren Antrag und drucken Sie das gesamte Dokument aus. Die Antragsunterlagen müssen per Postidentverfahren an die Bundesdruckerei versendet werden. Ein entsprechendes Adressblatt wird mit den Antragsunterlagen ausgegeben.