

## Beantragung des eHBA's bei SHC

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)



### 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.

Mit vorbefülltem Antrag starten

Mit leerem Antrag starten

Bitte „Mit leerem Antrag  
starten“ anklicken!

## Karten- und Sektorenauswahl

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

### Mit leerem Antrag starten

Heilberufsausweis (HBA) ▾

Landes Zahnärztekammer Thüringen ▾

Antrag beginnen

### Mit vorbefülltem Antrag beginnen

Vorgangsnummer

Antrag beginnen

### Einen Folgeantrag auf Basis eines bereits abgeschlossenen Antrags beginnen

Vorgangsnummer des abgeschlossenen Antrags

Servicekennwort des abgeschlossenen Antrags

Antrag beginnen

**„Heilberufsausweis (HBA)“ und „Landes Zahnärztekammer Thüringen“ auswählen und „Antrag beginnen“ klicken.**

# Kartenantrag zum elektronischen Zahnarztausweis

Bitte befüllen Sie alle mit \* gekennzeichneten Pflichtfelder im Kartenantrag um einen elektronischen Zahnarztausweis beantragen zu können.

## Antragsdaten

Allgemeine Informationen
<p>Anzahl zu bestellender Karten (*)</p> <input type="text" value="1"/> <span>↕</span> <span>?</span>
<p>Bitte wählen Sie die Anzahl der zu bestellenden Karten.</p>
Persönliche Angaben Antragssteller
<p>Akademischer Grad/Titel</p> <input type="text"/> <span>?</span>
<p>Beispiele: Prof.Dr.med., Dr.med.</p>
<p>Vorname (*)</p> <input type="text"/> <span>?</span>
<p>Ihr Vorname identifiziert Sie individuell und ist Ihrem Ausweisdokument zu entnehmen.</p>
<p>Nachname (*)</p> <input type="text"/> <span>?</span>
<p>Ihr Familienname, wie in Ihrem Ausweisdokument angegeben.</p>

**Bitte hier alle Pflichtfelder ausfüllen!**

**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.

**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.

**Bitte hier alle Pflichtfelder  
ausfüllen!**

Postleitzahl (\*)




Ihre Postleitzahl ist Ihrem Ausweisdokument zu entnehmen.

Stadt (\*)




Ihr Wohnort ist dem Ausweisdokument zu entnehmen.

Land (\*)



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.

**Bitte hier alle Pflichtfelder  
ausfüllen!**

## Identifizierung

### Identifizierungsmethode (\*)

PostIdent



Bitte wählen Sie die Identifizierungsmethode "Postident" aus. Bitte beachten Sie, dass Sie im Rahmen des Postident-Verfahrens ein gültiges Ausweisdokument und Ihre vollständig ausgefüllten Antragsunterlagen persönlich bei der Post vorlegen müssen um sich identifizieren zu lassen.

**„Postident“ zwingend erforderlich!**

### Ausweisart (\*)

Personalausweis



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

### Ausweisnummer (\*)



Bitte geben Sie die Ausweisnummer der gewählten Ausweisart an.

### Ausstellungsdatum (\*)

TT.MM.JJJJ



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

### Ablaufdatum (\*)

TT.MM.JJJJ



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.

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

**Empfehlung: „Personalausweis“ auswählen, da ggf. beim Reisepass eine Meldebescheinigung mit vorgelegt werden muss.**

## 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 (\*)

Ja



Bei welcher Kammer haben Sie einen elektronischen Zahnarztausweis erhalten / be

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

## Angaben zu Zertifikatsdaten

### E-Mail



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

### Einverständnis zum Verzeichnisdienst (\*)



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.

Bitte Zutreffendes auswählen.

## Optische Personalisierung

Der elektronische Zahnarztausweis 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

### 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 Zahnarztausweis sichtbar sein.

Passfoto hochladen!



## Angaben zur Ausstellung des elektronischen Zahnarztausweises

### Beantragung eines elektronischen Zahnarztausweises (\*) ?

Ich beantrage die Ausstellung eines elektronischen Zahnarztausweises 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 Zahnarztausweis enthält immer eine Telematik-ID, die von der Kammer an die SHC weitergeleitet wird.

### Zustimmung zur Sperrung des elektronischen Zahnarztausweises (\*) ?

Ich bin damit einverstanden, dass die ZÄK meinen elektronischen Zahnarztausweis im Rahmen der Durchsetzung ihrer hoheitlichen Aufgaben sperren darf. Zudem bin ich damit einverstanden, dass sie gegebenenfalls eine abweichende optische Personalisierung des elektronischen Zahnarztausweises 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 eZahnarztausweises, 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 Zahnarztausweises 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.

## Einverständniserklärungen

### 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

Bitte zustimmen und „Antrag prüfen und fortfahren“ klicken.

## Kartenantrag zum elektronischen Zahnarztausweis

Bitte überprüfen Sie nochmals Ihre Daten im Kartenantrag bevor Sie die Herstellung Ihres Ausweises beauftragen.

Antrag

Antragshistorie

### Allgemeine Informationen

Anzahl zu bestellender  
Karten: 1

### Persönliche Angaben Antragssteller

Akademischer Grad/Titel: Dr.  
Vorname: Max  
Nachname: Mustermann  
Staatsangehörigkeit: Deutschland  
Geburtsname: *[nicht angegeben]*  
Geburtsdatum: 02.10.1988  
Geburtsort: Musterstadt  
Straße: Musterstraße  
Hausnummer: 10  
Adresszusatz: *[nicht angegeben]*  
Postleitzahl: 99092  
Stadt: Musterstadt

**Bitte alle Angaben prüfen!**

## Identifizierung

Identifizierungsmethode: PostIdent  
Ausweisart: Personalausweis  
Ausweisnummer: LNMU58987M  
Ausstellungsdatum: 15.09.2012  
Ablaufdatum: 14.09.2022  
Ausstellende Behörde: Stadt Musterstadt

## Berufsbezogenen Informationen

Bestätigtes Attribut: Zahnärztin/Zahnarzt  
Telematik-ID beibehalten: Ja  
Ich habe bereits einen elektronischen Zahnarztausweis beantragt / erhalten: Ja  
Bei welcher Kammer haben Sie einen elektronischen Zahnarztausweis erhalten / beantragt?: Landes Zahnärztekammer Thüringen

**Bitte alle Angaben prüfen!**

### Angaben zu Zertifikatsdaten

E-Mail: muster@mail.de  
Einverständnis zum Verzeichnisdienst: Ja

### Optische Personalisierung

Druckzeilen automatisch generieren:	<i>Zugestimmt</i>	⚠
Druckzeile 1:	Dr. Max Mustermann	⚠
Druckzeile 2:	<i>[nicht angegeben]</i>	⚠
Druckzeile 3:	<i>[nicht angegeben]</i>	⚠

### Foto

Foto:



**Bitte alle Angaben prüfen!**

### Angaben zur Ausstellung des elektronischen Zahnarztausweises

Beantragung eines elektronischen Zahnarztausweises: *Zugestimmt*

Zustimmung zur Sperrung des elektronischen Zahnarztausweises: *Zugestimmt*

Datenweitergabe an KZV: Ja

### Einverständniserklärungen

Einverständnis zur Datennutzung: *Zugestimmt*

Einverständnis zu AGB: *Zugestimmt*

Einverständnis zu Nutzungsbedingungen QES: *Zugestimmt*

Verwerfen

Jetzt bestellen

Zurück zur Bearbeitung

Nach Prüfung Ihrer Angaben „Jetzt bestellen“ klicken.



Kartenantrag ausfüllen



Registrierung oder Anmeldung



Zahlung



Antrag abschließen und drucken

## REGISTRIEREN

Bitte überprüfen Sie Ihre E-Mails, um Ihr Konto zu verifizieren. Bitte überprüfen Sie ebenfalls Ihren Spam-Ordner. Um sicherzugehen, dass die Zustellung der E-Mail erfolgt, bitten wir Sie darum, wenn möglich, eine private E-Mail-Adresse zu verwenden.

Titel

Ihr Titel falls gewünscht

Vorname

Max

Registrieren Sie sich oder melden Sie sich an!

Vorname

Max

Nachname

Mustermann

E-Mail-Adresse

muster@mail.de

Passwort

Vergeben Sie hier ein mindestens 8-stelliges Passwort



Passwort bestätigen

Bestätigen Sie Ihr Passwort



## 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.

**Nach Ihrer Registrierung bzw. Ihrer Anmeldung geben Sie Ihre Zahlungsangaben ein und schließen den Antrag ab.**

**Bitte drucken Sie sich Ihren Antrag aus. Die Antragsunterlagen müssen per Postidentverfahren an SHC versendet werden. Ein Adresdeckblatt und Ihr Postident- Coupon werden mit den Antragsunterlagen ausgegeben.**