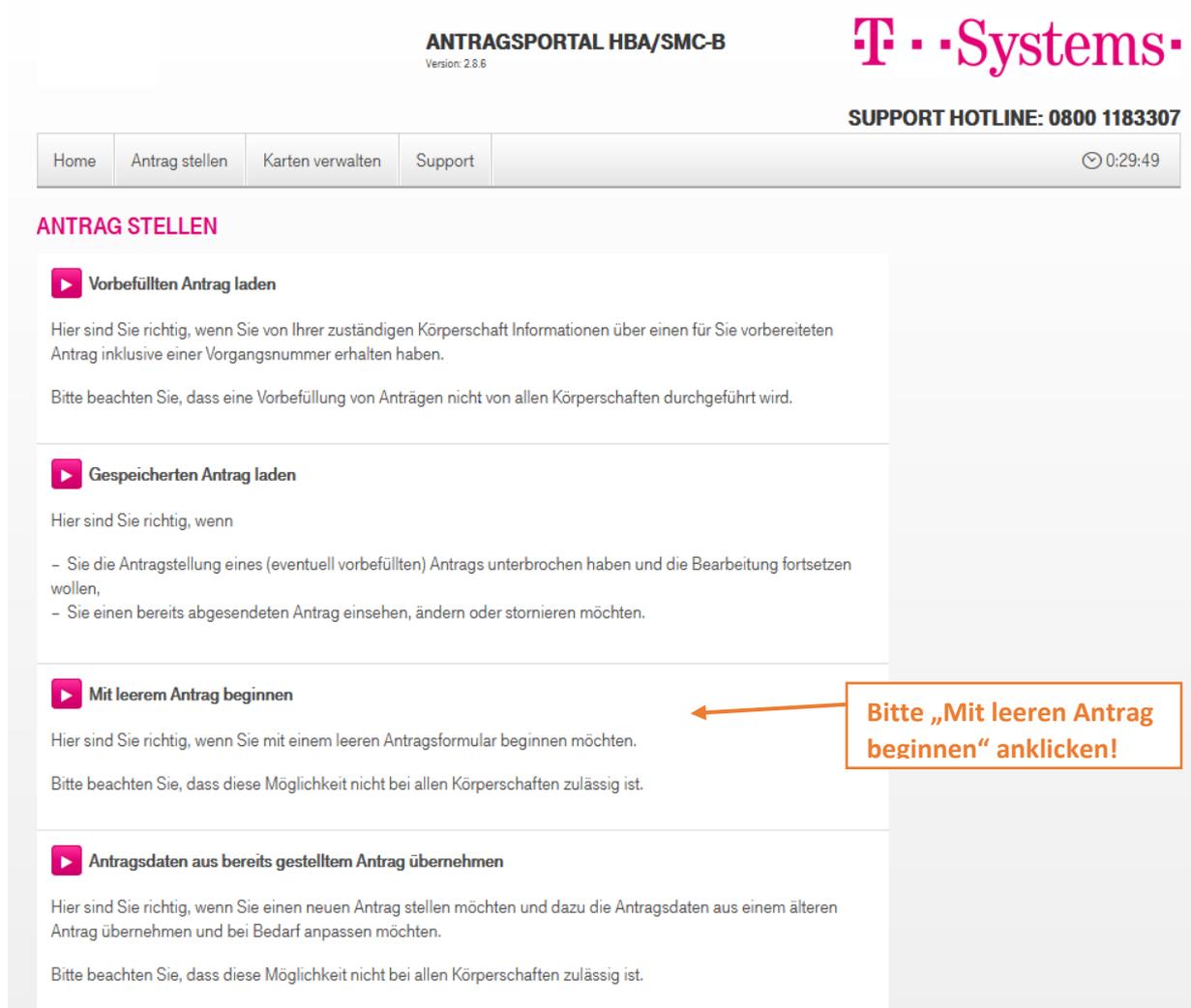


Beantragung des eHBA's bei T-Systems

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)



ANTRAGSPORTAL HBA/SMC-B
Version: 2.8.6

T · Systems ·

SUPPORT HOTLINE: 0800 1183307

Home Antrag stellen Karten verwalten Support 0:29:49

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 vorbereiteten) 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.

Bitte „Mit leerem Antrag beginnen“ anklicken!

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)
- Praxisausweis für eine Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis, MVZ oder Ambulanz (SMC-B)
- Institutionskarte für ein Krankenhaus (SMC-B)
- SMC-B KTR für Betriebsstätte Kostenträger

Zurück

Bitte Körperschaft wählen

Zuständige Körperschaft

bitte wählen

„Elektronischer Zahnarztausweis“
auswählen.

Home

Antrag stellen

Karten verwalten

Support

🕒 0:29:39

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)
- Praxisausweis für eine Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis, MVZ oder Ambulanz (SMC-B)
- Institutionskarte für ein Krankenhaus (SMC-B)
- SMC-B KTR für Betriebsstätte Kostenträger

Zurück

Bitte Körperschaft wählen

Zuständige Körperschaft

bitte wählen

- Landeszahnärztekammer Sachsen
- Landeszahnärztekammer Thüringen
- Zahnärztekammer Berlin
- Zahnärztekammer Bremen
- Zahnärztekammer Hamburg
- Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

„Landeszahnärztekammer Thüringen“ als zuständiger Kammer auswählen.

Home

Antrag stellen

Karten verwalten

Support

🕒 0:29:50

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 Ausweisdokument angegeben.

Namensdaten*** Anrede:**

Frau ▼

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:**

Deutschland ▼

Bitte hier alle Pflichtfelder ausfüllen!

Geburtsdaten

Geburtsname:

* Geburtsdatum:

* Geburtsort:

* Geburtsland:

Privatanschrift / Meldeanschrift

c/o:

* Straße:

Hausnummer:

* Postleitzahl:

* Stadt:

* Land:

Bitte hier alle Pflichtfelder
ausfüllen!

Kontaktdaten

Bitte geben Sie die Kontaktdaten an, unter denen Sie tagsüber erreichbar sind.

* **Telefon:**

Fax:

Mobil:

* **E-Mail:**

Antrag verwerfen

Antragstellung unterbrechen

Weiter

**Bitte hier alle Pflichtfelder
ausfüllen!**



BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFS AUSWEISES

*** Produkt:**

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

**Gewünschte Zahlungsweise
anklicken.**

Praxis / Einrichtung

Die Angaben zur Praxis/Einrichtung sind keine Pflichtfelder.

Name:

Abteilung:

c/o:

Straße:

Hausnummer:

Postleitzahl:

Stadt:

Land:

Telefon:

Fax:

**Felder der Praxisinstitution
ausfüllen!**

BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFSAUSWEISES

Wichtiger Hinweis zur Auslieferung: Ihr elektronischer Heilberufsausweis wird Ihnen per Post an ihre Meldeadresse zugesendet und muss von Ihnen persönlich 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 ▼

bitte wählen

Meldeanschrift

Bitte hier „Meldeanschrift“ auswählen!

Rechnungsdaten

*** Reseller:**

kein Vertriebspartner ▼

?

Aktionscode: (Wenn Sie einen Aktionscode eingeben, wählen Sie bitte ‚kein Vertriebspartner‘ aus):

*** Zahlungsmethode:**

bitte wählen ▼

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

bitte wählen ▼

Bitte hier alle Pflichtfelder ausfüllen!

*** Als Rechnungsanschrift übernehmen:**

bitte wählen ▼

*** Zahlungsart:**

Einmalzahlung ▼

Zurück

Antrag verwerfen

Antragstellung unterbrechen

Weiter

BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFSAUSWEISES

- Die Rechnungsanschrift wurde entsprechend Ihrer Auswahl vorbelegt. Bitte prüfen Sie die angezeigte Anschrift und nehmen Sie ggf. Korrekturen vor. Sollten keine Korrekturen notwendig sein, klicken Sie bitte zur Bestätigung erneut auf "Weiter".

Wichtiger Hinweis zur Auslieferung: Ihr elektronischer Heilberufsausweis wird Ihnen per Post an ihre Meldeadresse zugesendet und muss von Ihnen persönlich 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:**

kein Vertriebspartner ▼



Aktionscode: (Wenn Sie einen Aktionscode eingeben, wählen Sie bitte ‚kein Vertriebspartner‘ aus):

* **Zahlungsmethode:**

Lastschrift ▼

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

Ja ▼

* **E-Mail-Adresse:**

test@mail.de

Bitte Angaben prüfen!

Rechnungsanschrift

* **Anrede:**

Frau

Grad/Titel:

* **Nachname:**

Muster

* **Vorname:**

Max

Institution:

* **Straße:**

Teststraße

Hausnummer:

8

* **Postleitzahl:**

99085

* **Ort:**

Musterstadt

* **Zahlungsart:**

Einmalzahlung

Zurück

Antrag verwerfen

Antragstellung unterbrechen

Weiter

Bitte Angaben prüfen und
anschließend auf „Weiter“
klicken

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

BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFS AUSWEISES

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):**

Bitte geben Sie hier Ihre
Bankverbindung an.

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:

Veröffentlichung von Zertifikaten: Das Verschlüsselungszertifikat mit den darin enthaltenen Daten (Vor- und Nachname) wird entsprechend gesetzlicher Vorgabe verpflichtend im **Verzeichnisdienst der Telematik-Infrastruktur (TI)** veröffentlicht.

Damit ist es möglich, Sie innerhalb der Telematik-Infrastruktur (TI) zu finden, zu adressieren, Daten für Sie zu verschlüsseln und an der Kommunikation im Medizinwesen (KIM) teilzunehmen.

Zusätzlich kann das Verschlüsselungszertifikat mit den darin enthaltenen Daten in einem elektronischen öffentlichen **Verzeichnisdienst der T-Systems im Internet** veröffentlicht werden. Die Zustimmung zur Veröffentlichung der o.g. Daten im Verzeichnisdienst der T-Systems ist eine Voraussetzung, um alle Funktionen des Heilberufeausweises, insbesondere die verschlüsselte elektronische Kommunikation, über die Telematik-Infrastruktur hinaus nutzen zu können.

HINWEISE: Eine nachträgliche Änderung ist ohne Neuausstellung des Ausweises nicht möglich. Die veröffentlichten Daten werden von T-Systems NICHT zu Werbezwecken genutzt.

Ja, Ich bin damit einverstanden, dass mein Verschlüsselungszertifikat mit den darin enthaltenen Daten im elektronischen öffentlichen Verzeichnisdienst der T-Systems im Internet veröffentlicht wird.

Nein, Ich bin nicht damit einverstanden, dass mein Verschlüsselungszertifikat mit den darin enthaltenen Daten im elektronischen öffentlichen Verzeichnisdienst der T-Systems im Internet veröffentlicht wird.

*** Veröffentlichung von Zertifikatsdaten:**

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



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

Wenn ja, zugehörige
Kammer angeben.

Kartenaufdruck

Der elektronische Zahnarztweis 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

Identifizierung

Hinweis zu den Identifizierungsdaten: Da Ihr elektronischer Zahnarzttausweis die Möglichkeit der qualifizierten elektronischen Signatur (QES) bietet, ist eine Identifizierung gemäß den Vorgaben des Vertrauensdienstegesetzes erforderlich. In Abstimmung mit den Psychotherapeutenkammern ist festgelegt, dass als Identifizierungsmethode ausschließlich das Post-Ident-Verfahren genutzt werden kann. Bitte geben Sie nachfolgend daher die Daten Ihres Ausweisdokumentes an, mit dem Sie sich später identifizieren lassen möchten. Eine Beschreibung der Identifizierungsprozesse beim Post-Ident-Verfahren wird Ihnen mit den Antragsunterlagen zur Verfügung gestellt.

Bitte beachten: Bei der Verwendung einer **Meldebescheinigung** darf diese nicht älter als 6 Monate zum Antragsdatum sein.

* **Identifizierungsmethode:**

PostIdent

„Postident“ zwingend erforderlich!

Ihr Ausweisdokument wird im Rahmen der Identifizierung benötigt.

* **Ausweisdokument:**

Personalausweis

* **Dokumentnummer:**

?

Bitte Pflichtfelder ausfüllen!

* **Ausstellungsdatum:**

* **Gültig bis:**

* **Ausstellende Behörde:**

Zurück

Antrag verwerfen

Antragstellung unterbrechen

Weiter

Fortschritt: 86%

BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFSAUSWEISES

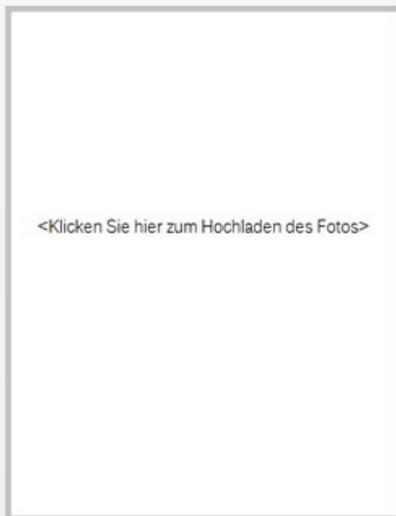
Hochladen Ihres Fotos

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.



**Falls Passfoto digital
vorhanden, hier hochladen.**

Zurück

Antrag verwerfen

Antragstellung unterbrechen

Überspringen

Weiter

Fortschritt: 93%

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%

Bitte Preisvorschau prüfen.

BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFSAUSWEISES

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 Antragstellung unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt mit der Bearbeitung fortfahren.

Nach dem Absenden wird Ihnen eine PDF Datei mit Passworten und Antragsdaten zum Herunterladen angeboten. Bitte drucken Sie diese Datei aus, sie enthält wichtige Informationen, und ist für die weitere Bearbeitung notwendig. Falls Sie mit diesem Absenden einen bereits gestellten Antrag korrigieren, ersetzt diese Datei alle vorherigen.

Wichtiger Hinweis: Bitte drucken Sie die Datei einseitig aus.

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

Antragstyp

Erstantrag

Ausweisarten

Heilberufsausweis

Kartenlaufzeit (Jahre)

4

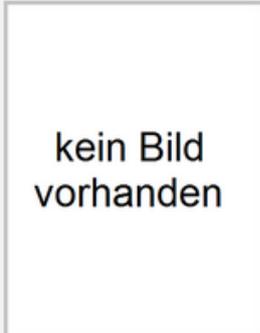
Persönliche Angaben des Antragstellers

**Kontrollieren Sie die
Angaben.**

Gesamtsumme aller Rechnungen

399,84 €

Ihr Ausweissfoto [\[ändern\]](#)



Kartenvorschau (schematische Darstellung)

- Für die Refinanzierung der Kosten des eZahnarzteausweises,
- 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 Zahnarzteausweises 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.

* Datenweitergabe an KZV:

Ja

**Datenweitergabe an die KZV
Thüringen ist erforderlich.
Bitte „Ja“ auswählen.**

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Daten korrekt eingegeben habe und die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Preise Heilberufsausweis (HBA) sowie die Informationen zum HBA zur Kenntnis genommen habe (abrufbar unter <https://www.telesec.de/de/service/downloads/branchen-und-eco-systeme>). Ich willige ausdrücklich in die Verarbeitung meiner 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

Bitte „Ja“ auswählen.

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:**

bitte wählen

Bitte „Ja“ auswählen.

Antrag verwerfen

Antragstellung unterbrechen

Antrag absenden

Fortschritt: 98%

Nach Prüfung Ihrer Eingaben auf „Antrag absenden“ klicken.

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