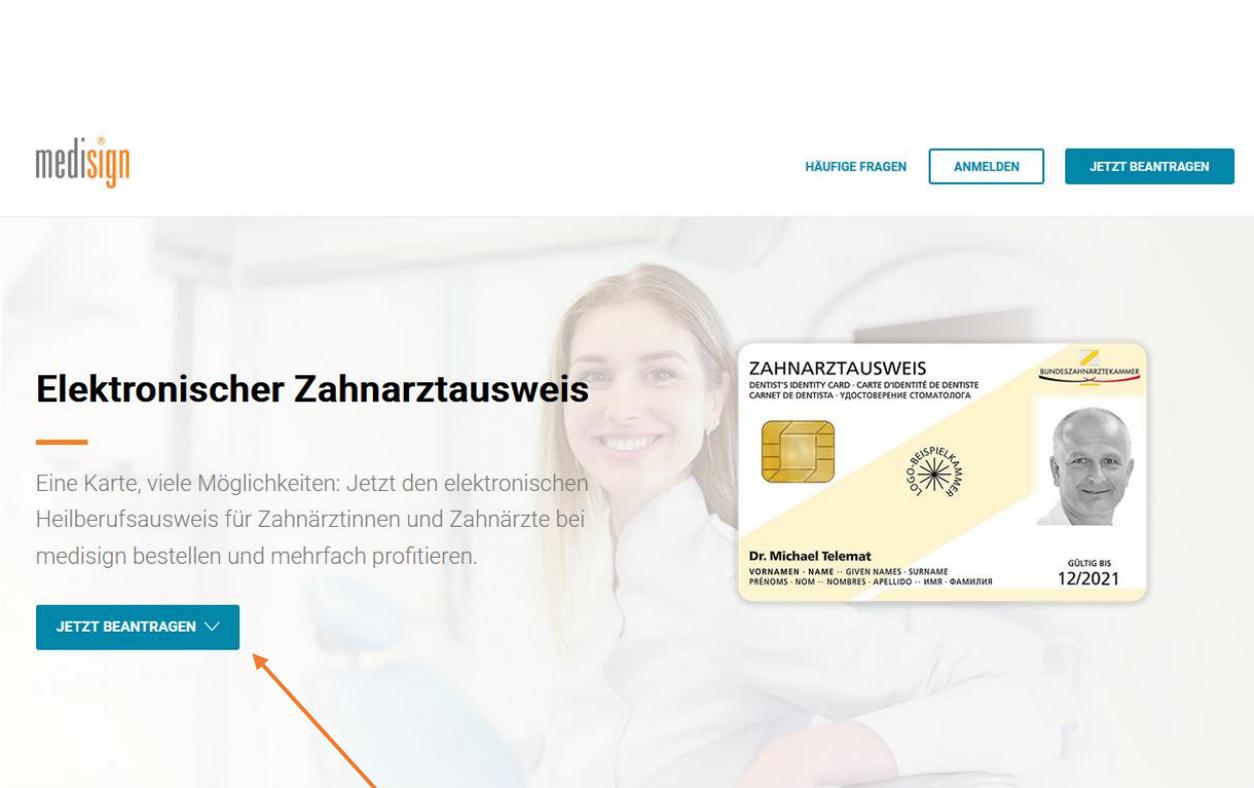


Beantragung des eHBA's bei Medisign

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)



medisign

HÄUFIGE FRAGEN ANMELDEN JETZT BEANTRAGEN

Elektronischer Zahnarzteausweis

Eine Karte, viele Möglichkeiten: Jetzt den elektronischen Heilberufsausweis für Zahnärztinnen und Zahnärzte bei medisign bestellen und mehrfach profitieren.

JETZT BEANTRAGEN ▾

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

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

LOGO BEISPIELKAMMER

Dr. Michael Telemat
VORNAMEN · NAME · GIVEN NAMES · SURNAME
PRÉNOMS · NOM · NOMBRES · APELLIDO · ИМЯ · ФАМИЛИЯ

GÜLTIG BIS
12/2021

Bitte „Jetzt beantragen“ anklicken!

[Zur medisign Preisliste >](#)

Beantragung Ihres eZahnarztausweises (eHBA)

Jetzt beantragen & mehrfach profitieren

Wählen Sie Ihre zuständige Kammer

BESTELLUNG STARTEN

„Landeszahnärztekammer Thüringen“ als zuständige Kammer

Bitte beachten Sie, dass die Produktion Ihres Ausweises erst erfolgen kann, wenn uns die Freigabe Ihrer Kammer vorliegt.

1. Produktauswahl



ZAHNARZTAUSWEIS
DENTIST'S IDENTITY CARD - CARTE D'IDENTITE DE DENTISTE
CARNET DE DENTISTA - ΨΥΧΟΤΕΧΝΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΣ

elektronischer Zahnarztausweis

- ✓ Zugriff auf Patientendaten der eGK
- ✓ Nutzung der TI-Anwendungen
- ✓ Qualifiziert signieren & verschlüsseln

Abrechnungszeitraum
Berechnung erfolgt erst ab Produktion Ihrer Karte.

Jährlich **100,00 €¹** zzgl. einmalig 34,00 € Bereitstellung

Anzahl (optional)
- 1 +

[Weitere Infos zum Produkt](#)

Warenkorb [Bearbeiten](#)

| | |
|---------------------------------------|-----------------|
| elektronischer Zahnarztausweis | 100,00 € |
| Menge: 1 | Jährlich |
| Bereitstellungspreis | 34,00 € |
| Menge: 1 | Einmalig |
| Gesamt Jährlich | 100,00 € |
| Inkl. MwSt. | 13,79 € |
| Gesamt Einmalig | 34,00 € |
| Inkl. MwSt. | 9,38 € |



Sie benötigen Hilfe zur Antragstellung Ihres Heilberufsausweises?

Lesen Sie die [Schritt-für-Schritt-Anleitung](#), die [häufig gestellten Fragen \(FAQ\)](#) oder schauen Sie unser [Video-Tutorial](#).

¹ Preis inklusive Mehrwertsteuer. Der Vertrag wird zunächst für die Dauer der Mindestvertragslaufzeit (derzeit 24 Monate) abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um einen Zeitraum von 12 Monaten, wenn er nicht mit einer Frist von sechs Wochen zum Ablauf der Vertragslaufzeit gekündigt wird.

SPEICHERN

WEITER >

„Weiter“ klicken!

Video-Tutorial: So füllen Sie Ihren Antrag aus



ERSTANTRAG

VORGANGSNUMMER 21M1601HribAljTupz

ANTRAGSNUMMER 96000000369851

2. Persönliche Daten

Bitte hier alle Pflichtfelder ausfüllen!

Wichtiger Hinweis: Bitte beachten Sie, dass Ihre Angaben exakt den Daten auf Ihrem Ausweisdokument entsprechen müssen. Der persönliche Zahnarztausweis wird grundsätzlich auf Ihren Namen ausgestellt.

Anrede

Frau

Herr

Divers

Titel/akadem. Grad (optional)

z.B. Dr. med.

Vorname(n)

Nachname

Geburtsname (optional)

Geburtsdatum

TT . MM . JJJJ

Geburtsort

Ihre Meldeadresse (Privatanschrift)

Wichtiger Hinweis: Alle Angaben müssen exakt den Daten auf Ihrem Ausweisdokument entsprechen.

Straße & Hausnummer

c/o (optional)

PLZ

Ort

Land

Bitte hier alle Pflichtfelder ausfüllen!

Ihre Kontaktdaten

Telefon (optional)

Mobil (optional)

Fax (optional)

Hinweis: Gesperrte Felder sind von Ihrer Zahnärztekammer vorgegeben worden.

[Zurück](#)

SPEICHERN

WEITER >

3. Identifikation

Identifikationsverfahren

Mit welchem Verfahren wollen Sie sich identifizieren? Um den Zahnarzttausweis ausstellen zu können, müssen Sie sich persönlich identifizieren. Bitte wählen Sie aus den nachfolgenden Identifikationsverfahren.

PostIdent
Die Identifizierung wird von einem Mitarbeiter der Post in der von Ihnen gewählten Postfiliale vorgenommen.

„Postident“ zwingend erforderlich!

Ihr Ausweisdokument

Wichtiger Hinweis: Bitte tragen Sie hier die Daten des Ausweisdokumentes ein, welches Sie zur Identifikation benutzen werden. Bitte nutzen Sie **bevorzugt Ihren Personalausweis**, dies beschleunigt die Antragsbearbeitung. Gesetzliche Vorgaben für Signaturkarten verpflichten uns, die entsprechenden Daten zu erfassen.

Ausweisart

Personalausweis Reisepass Anderes/Ausländisches Dokument

Alle Pflichtfelder vom Personalausweis oder Reisepass übertragen!

Dokumentnummer

[Wie finde ich diese?](#)

Ausstellungsdatum

Gültig bis

Ausstellende Behörde

Staatsangehörigkeit

Hinweis: Gesperrte Felder sind von Ihrer Zahnärztekammer vorgegeben worden.

[Zurück](#)

SPEICHERN

WEITER



4. Karte

Kartenaufdruck

Nachfolgend sehen Sie Ihren Zahnarzteusweis in der Vorschau. Die Druckzeilen sind aufgrund Ihrer Eingaben, ggf. unter Beachtung der von den Zahnärztekammern vorgegebenen Kürzungsregeln, erstellt worden. Änderungen sollten Sie nur in begründeten Ausnahmefällen vornehmen. Bitte beachten Sie, dass die finale Karte von der Vorschau abweichen kann. Ihre zuständige Zahnärztekammer behält sich nachträgliche Änderungen vor.

Aufdruck

Aufdruck Zeile 2 (optional)

Aufdruck Zeile 3 (optional)

Vorschau



Foto einfügen:

Verwenden Sie nur ein Foto in Passbild-/Ausweisabmessungen und Qualität. Maximal von Kopf bis Schulter.

FOTO AUSWÄHLEN & ANPASSEN

Passfoto hochladen!

Sie haben kein aktuelles Foto zur Hand? Bitte kleben Sie später Ihr gewünschtes Foto an die markierte Stelle im ausgedruckten und unterschriebenen Antrag ein.

Zertifikats-E-Mail-Adresse

Sie können optional eine E-Mail-Adresse fest in Ihre Zertifikate eintragen lassen. Empfänger von E-Mails können dann prüfen, ob eine empfangene E-Mail von der E-Mail-Adresse stammt, die Sie in Ihrem Zertifikat angegeben haben.

Wenn Sie eine E-Mail-Adresse in Ihre Zertifikate aufnehmen wollen, so geben Sie diese bitte an. Bitte beachten Sie, dass Sie die Angaben in Ihren Zertifikaten nachträglich nicht mehr ändern können.

Zertifikats-E-Mail-Adresse (optional)

Ggf. E-Mail-
Adresse angeben!



Veröffentlichung Ihrer Zertifikatsdaten

Ihr Zahnarzttausweis enthält ein Zertifikat, welches von einem Absender benötigt wird, um Ihnen verschlüsselte Nachrichten senden zu können. Mit Ihrer Zustimmung erlauben Sie uns, Ihre Daten (Verschlüsselungszertifikat, Vor- und Nachname) zum vereinfachten Austausch von Zertifikaten für die verschlüsselte Kommunikation in einem Verzeichnisdienst bereitzustellen, der aus dem Internet erreichbar ist.

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Zertifikatsdaten einverstanden



Einverständnis zur Datenweitergabe an KZV

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.

Ja Nein

Zustimmung der
Datenweitergabe ist
erforderlich!

Vorgängerausweis

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

Kammer

Bitte wählen ...

Telematik-ID

Ihre Zahnärztekammer weist Ihnen automatisch eine Telematik-ID zu bzw. übernimmt Ihre bestehende Telematik-ID von einer Vorgängerkarte.

Wünschen Sie Änderungen, so klicken Sie bitte [hier](#).

**Freischaltkennwort
vergeben! Wichtig für
die Inbetriebnahme
der Karte!**

Freischaltkennwort

Das Freischaltkennwort benötigen Sie zur Inbetriebnahme Ihrer Karte. Weitere Informationen zum Freischaltkennwort finden Sie in unseren [FAQ](#).

Ihr Freischaltkennwort

**Das Freischaltkennwort kann nicht
wiederhergestellt oder zurückgesetzt werden.**

Ihr Freischaltkennwort wiederholen

Das Freischaltkennwort muss mindestens 8
Zeichen lang sein und darf keine Leerzeichen
enthalten.



Ich habe zur Kenntnis genommen, dass das Freischaltkennwort zur Inbetriebnahme (Freischaltung) meiner Karte benötigt wird und nicht wiederhergestellt oder zurückgesetzt werden kann. Bei Verlust des Kennworts muss eine neue Karte produziert werden; dadurch entstehen Zusatzkosten.

**Darf nicht leer
sein!**

Erinnerungshilfe für das Freischaltkennwort

Damit Sie sich leichter an Ihr Freischaltkennwort erinnern können, haben Sie hier die Möglichkeit, eine Erinnerungshilfe festzulegen. Sie können sich Ihren Hinweis für die Freischaltung Ihrer Karte im medisign Kundenportal per E-Mail zusenden lassen.

Hinweis für das Freischaltkennwort (optional)

Der Hinweistext darf das Freischaltkennwort nicht
enthalten.

Sperrkennwort

Das Sperrkennwort benötigen Sie, um Ihre Karte im Falle von Verlust oder Diebstahl sperren zu können. Weitere Informationen zum Sperrkennwort finden Sie in unseren [FAQ](#).

Ihr Sperrkennwort

Das Sperrkennwort kann nicht wiederhergestellt oder zurückgesetzt werden.

Ihr Sperrkennwort wiederholen

Das Sperrkennwort muss aus einem einzelnen Wort bestehen und darf keine Sonderzeichen enthalten.

Sperrkennwort und Sperrfrage vergeben um Karte sperren zu können!

Sperrfrage

Für den Fall, dass Sie ihr Sperrkennwort vergessen sollten, können Sie vorsorglich im folgenden Feld eine Sperrfrage formulieren. Diese kann dann der Callcenter-Agent anstelle Ihres Sperrkennwortes erfragen.

Sperrfrage (optional)

Antwort auf Sperrfrage

Hinweis: Gesperrte Felder sind von Ihrer Zahnärztekammer vorgegeben worden.

[Zurück](#)

SPEICHERN

WEITER >

5. Konto & Zahlung

Um den Antrag zu finalisieren, benötigen Sie ein medisign Kundenkonto. Über das medisign Kundenkonto können Sie Ihre Rechnungen einsehen, Ihre medisign Karten freischalten und sperren. Bitte melden Sie sich jetzt an oder registrieren Sie sich.



Sie haben bereits ein Kundenkonto?

Achtung! Sollten Sie einen G0-Heilberufsausweis der medisign haben (Arzttausweis, Zahnarzttausweis oder ZOD-Karte, ausgestellt vor 07/2019), so besteht kein aktives Kundenkonto. Bitte [registrieren Sie sich](#) in diesem Fall, um ein neues Kundenkonto zu erstellen.

Mit einem vorhandenen Kundenkonto für einen Praxisausweis/eine SMC-B können Sie sich anmelden. Bitte beachten Sie jedoch, dass Sie pro Kundenkonto nur eine Bankverbindung angeben können und daher Heilberufsausweis und Praxisausweis/SMC-B über diese Bankverbindung abgerechnet werden.

Bitte melden Sie sich an, um Ihre Zahlungsdaten zu verwenden und den Kartenantrag zu finalisieren.

Ihre E-Mail-Adresse

Passwort

ANMELDEN

[Passwort vergessen?](#)



Noch kein medisign eHBA-Kunde?

Bitte registrieren Sie sich, um ein medisign Konto zu eröffnen und den Kartenantrag zu finalisieren.

REGISTRIEREN

Registrieren Sie sich oder melden Sie sich an!

Registrierung

Sie sind noch kein Medisign Kunde? Registrieren Sie sich bitte mit Ihrer E-Mail-Adresse und Passwort und verwahren Sie diese Zugangsdaten sicher. Sie brauchen sie später erneut, z.B. zur Freischaltung Ihres Ausweises.

E-Mail-Adresse

Passwort

REGISTRIEREN

Anmelden

Bitte geben Sie Ihre TAN ein, die Ihnen per E-Mail zugeschickt wurde.

TAN

ANMELDEN

Wichtiger Hinweis: Bitte geben Sie Ihre Zahlungsinformationen an. Sie können diese jederzeit im Kundenkonto ändern. Ihre Zahlungsinformationen werden auch für weitere Bestellungen verwendet, die Sie ggf. später unter diesem Nutzerkonto aufgeben.

Bitte wählen Sie Ihre Zahlungsart

Lastschrift Rechnung

Bitte Bankverbindung angeben und Zahlungsart auswählen.

Kontoinhaber

IBAN

E-Mail-Adresse für Rechnungen

Der Versand der Rechnung erfolgt immer per E-Mail. Bitte geben Sie die E-Mail-Adresse für den Rechnungsversand an.

Rechnungsadresse

Bitte wählen Sie die Adresse für den Rechnungsdruck. Achten Sie unbedingt auf die korrekte Schreibweise Ihrer Firmierung.

Meldeadresse

Wichtiger Hinweis: Bitte geben Sie Ihre Zahlungsinformationen an. Sie können diese jederzeit im Kundenkonto ändern. Ihre Zahlungsinformationen werden auch für weitere Bestellungen verwendet, die Sie ggf. später unter diesem Nutzerkonto aufgeben.

Bitte wählen Sie Ihre Zahlungsart

Lastschrift Rechnung

E-Mail-Adresse für Rechnungen

Der Versand der Rechnung erfolgt immer per E-Mail. Bitte geben Sie die E-Mail-Adresse für den Rechnungsversand an.

Rechnungsadresse

Bitte wählen Sie die Adresse für den Rechnungsdruck. Achten Sie unbedingt auf die korrekte Schreibweise Ihrer Firmierung.

Meldeadresse

E-Mail-Adresse für den Rechnungsversand angeben.

Ihre zukünftigen Rechnungen werden wie folgt adressiert. Wünschen Sie eine andere Adressierung, so ändern Sie diese bitte unter Rechnungsadresse.

Max Mustermann Dr.
Musterstrasse 1, 40545 Musterhausen

SPEICHERN

WEITER

Ausweis wird ausgestellt für

Max Mustermann Dr.

Musterstrasse 1, 40545
Musterhausen, Deutschland
Geboren am: 01.01.1985

[Bearbeiten](#)

Identifikation

PostIdent

Personalausweis
Dokumenten-Nr.: 1234567890
Ausgestellt: 01.01.2020
Ablaufdatum: 01.01.2030
Staatsangehörigkeit: Deutschland

[Bearbeiten](#)

Ihre Karte

Aufdruck & Eigenschaften

1. Zeile: Mustermann Dr.
2. Zeile: Max

Zertifikats-E-Mail:
max.mustermann@mail.com

[Bearbeiten](#)

Vorschau Ihrer Karte



Lieferung an

Meldeanschrift

Zahlung & Rechnung

Bezahlart: Rechnung

Allgemeine Geschäftsbedingungen

Ich bestätige, dass ich mit den [Allgemeinen Geschäftsbedingungen](#) der medisign einverstanden bin.

Umgang mit personenbezogenen Daten / Datenschutz

Die in Ziffer 7. der [Allgemeinen Geschäftsbedingungen](#) der medisign GmbH enthaltenen Erläuterungen über den Umgang mit meinen personenbezogenen Daten sowie die in Ziffer 8. enthaltenen Erläuterungen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Die medisign GmbH darf meine Bestandsdaten (personenbezogene Daten, die erforderlich sind, um das Vertragsverhältnis einschließlich seiner inhaltlichen Ausgestaltung zu begründen oder zu ändern) erheben, verarbeiten, speichern und nutzen und an die damit befassten Körperschaften (Ärztékammern) weitergeben, soweit dies zu meiner Beratung und Bearbeitung meines Auftrages und dieses Vertragsverhältnisses durch die medisign GmbH erforderlich ist. Darüber hinaus ist mir bekannt, dass die zuständige Kammer bei Vorliegen eines Kammer-Sperrgrundes die Zertifikate meiner Arztausweise sperren darf.

Rücknahme & Widerruf

Mir ist bewusst, dass ein Zertifikatsprodukt nach meinen individuellen Angaben gefertigt wird. Aus diesem Grund ist eine Rücknahme bzw. Widerruf der Bestellung und des Vertrags ausgeschlossen.

Teilnehmerunterrichtung

Wichtig: Bitte lesen Sie auch die Teilnehmerunterrichtung zur qualifizierten elektronischen Signatur. Durch Ihre Unterschrift auf dem Antrag bestätigen Sie, diese Teilnehmerunterrichtung erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben. Das Dokument (PDF) können Sie hier öffnen bzw. speichern.

JETZT VERBINDLICH BEANTRAGEN

Vielen Dank! So geht 's weiter ...

1

Antrag herunterladen & prüfen

Laden Sie den Antrag herunter und überprüfen Sie Ihre Angaben. Sie können Ihren Antrag vor dem Versand jederzeit korrigieren und erneut herunterladen. Melden Sie sich dazu bitte in Ihrem Kundenkonto an.

[ANTRAG HERUNTERLADEN](#)

2

Ausdrucken & unterschreiben

Bitte drucken Sie nun das Antragsformular aus und unterschreiben Sie es an den dafür gekennzeichneten Stellen. Falls Sie kein digitales Foto eingefügt haben, kleben Sie bitte ein aktuelles Passfoto ein.

3

Versand & Identifikation

Für weitere Informationen enthält der ausgedruckte Antrag das Blatt "So geht es weiter". Folgen Sie bitte den dort beschriebenen Anweisungen zum Versand und Identifikationsverfahren.

Mehr zu Ihrem Antrag



Antrag korrigieren

Falls Sie in Ihrem Antrag eine Korrektur vornehmen möchten, können Sie in Ihrem Kundenkonto eine neue Version Ihres Antrags erstellen. Bitte schicken Sie uns im folgenden nur den neuen, korrigierten Antrag.

[ZUM KUNDENKONTO](#)



Ihre Vorgangsnummer

Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag zur Prüfung an Ihre Kammer versendet wurde. Ihre Vorgangsnummer:

11m16009ldzoux2f



Ihr Kundenkonto

Überprüfen Sie jederzeit den Status Ihres Kartenantrags in Ihrem medisign Kundenkonto:

[Zum Kundenkonto →](#)

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