

Beantragung des eHBA bei D-Trust (Bundesdruckerei)

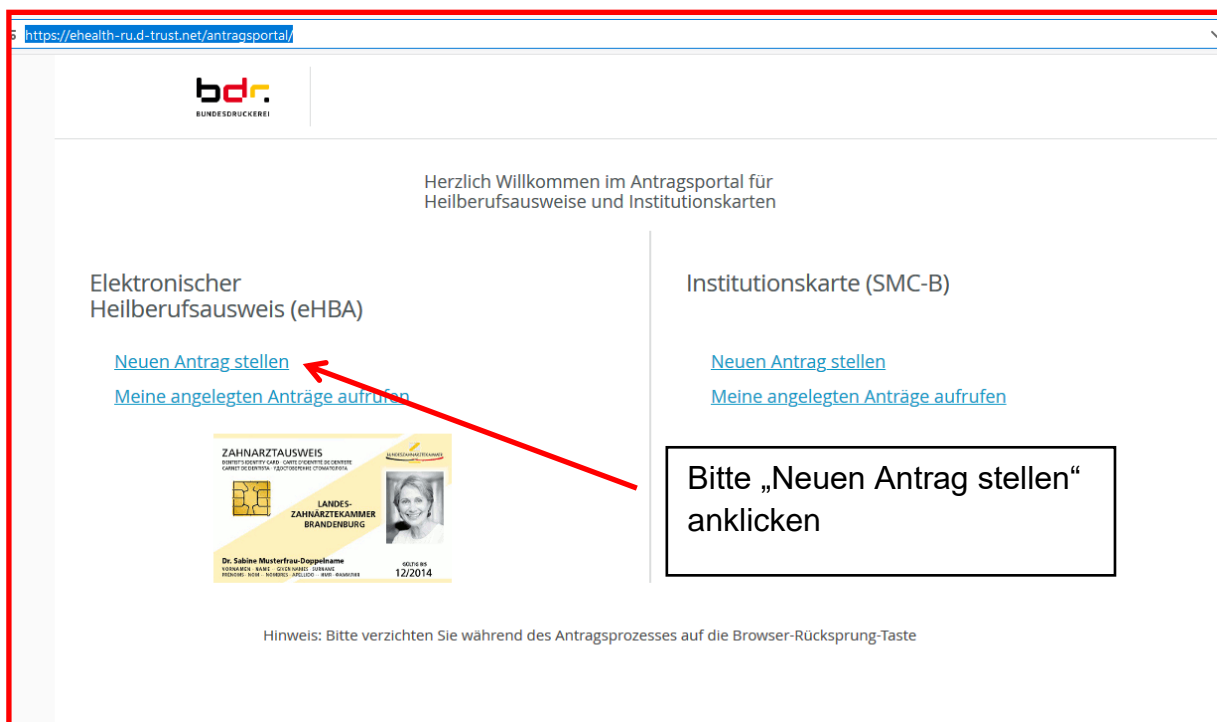


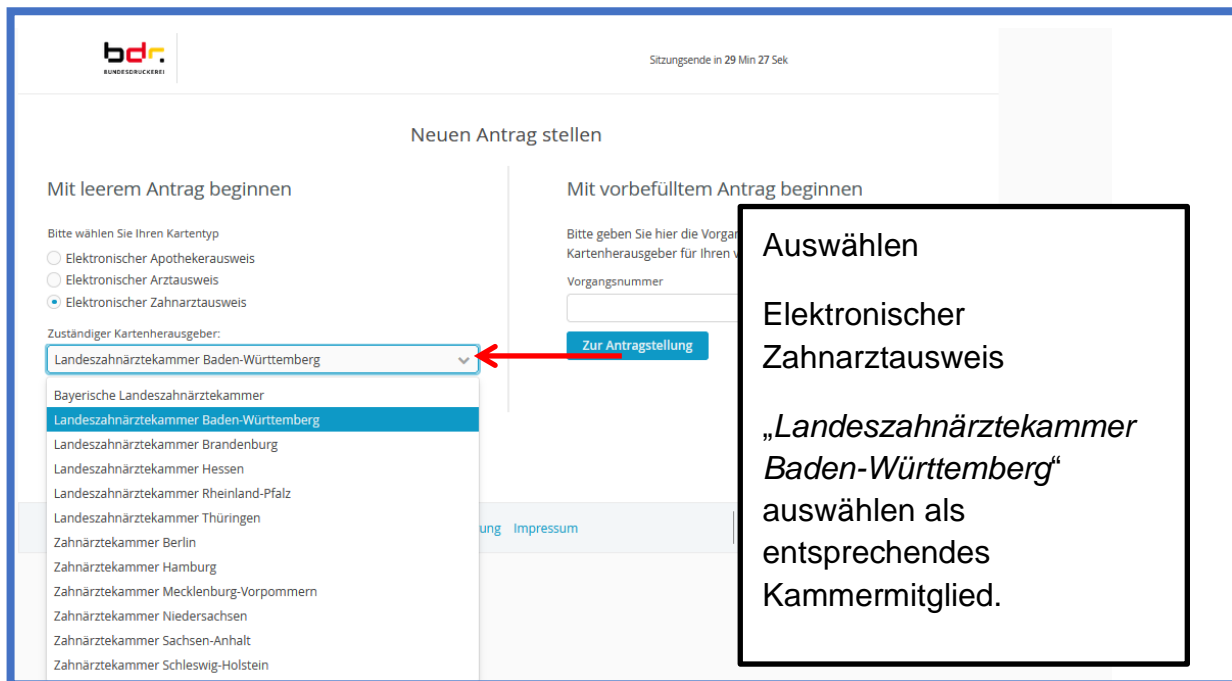
Bevor Sie beginnen halten Sie bitte folgendes bereit:

1. das amtliche **Ausweisdokument**, mit dem Sie sich identifizieren wollen
2. ein **digitales Passbild** zum Hochladen im Antragsportal (Halten Sie hier 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.)
3. die von Ihnen benötigte **Anzahl** der Zahnarztausweise

So beantragen Sie Ihren eHBA:

Link zum Antragsportal <https://ehealth.d-trust.net/antragsportal/>





Neuen Antrag stellen

Mit leerem Antrag beginnen

Bitte wählen Sie Ihren Kartentyp

- ☐ Elektronischer Apothekerausweis
- ☐ Elektronischer Arztausweis
- ☒ Elektronischer Zahnarztausweis

Zuständiger Kartenherausgeber:

- Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg
- Bayerische Landeszahnärztekammer
- Landeszahnärztekammer Brandenburg
- Landeszahnärztekammer Hessen
- Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz
- Landeszahnärztekammer Thüringen
- Zahnärztekammer Berlin
- Zahnärztekammer Hamburg
- Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- Zahnärztekammer Niedersachsen
- Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
- Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Zur Antragstellung

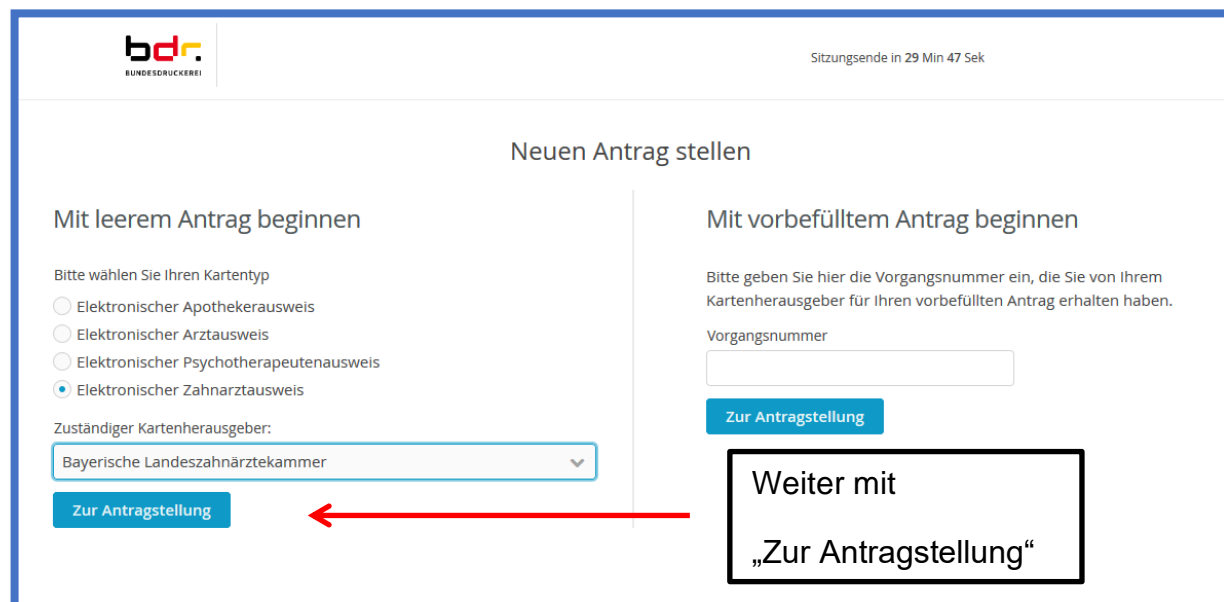
Mit vorbefülltem Antrag beginnen

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

Vorgangsnummer

Zur Antragstellung

Auswählen
Elektronischer Zahnarztausweis
„Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg“ auswählen als entsprechendes Kammermitglied.



Neuen Antrag stellen

Mit leerem Antrag beginnen

Bitte wählen Sie Ihren Kartentyp

- ☐ Elektronischer Apothekerausweis
- ☐ Elektronischer Arztausweis
- ☐ Elektronischer Psychotherapeutenausweis
- ☒ Elektronischer Zahnarztausweis

Zuständiger Kartenherausgeber:

- Bayerische Landeszahnärztekammer

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

Weiter mit
„Zur Antragstellung“

Produkt	Antragsteller	Institution	Bestellung	Zertifikat	Kartenlayout	Zusammenfassung	Abschluss
<h2>Produkt</h2> <p>* Pflichtfelder</p> <p>Bitte wählen Sie ein Produkt *</p> <p><input checked="" type="radio"/> Standard HBA mit Laufzeit von 5 Jahren</p> <p>Sofern Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein.</p> <p>Bestellcode</p> <input type="text"/> <p><input type="checkbox"/> Bestätigung Datenschutzerklärung *</p> <p>Sie willigen hiermit in die Verwendung Ihrer Zertifikatsdaten zur Antrags- und Identifikationsprüfung durch die zuständige ZÄK im Rahmen des Prozesses zur Erstellung der bestellten Karten- und Zertifikatsprodukte und der Verwendung Ihrer Staatsangehörigkeit zur Exportkontroll- und Sanktionslistenprüfung ein. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung (siehe Link). Ihre Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf erfolgt über ehealth-support@bdr.de oder Sie senden uns Ihren unterschriebenen Widerruf postalisch an Bundesdruckerei GmbH, c/o D-TRUST GMBH, Antragsbearbeitung, Kommandantenstraße 15, 10969 Berlin unter Angabe Ihrer Antrags-ID zur Authentifizierung. Der Widerruf hat die Sperrung der Zertifikate zur Folge. https://www.d-trust.net/internet/files/datenschutzerklaerung_ehealth.pdf</p> <p>ehealth-support@bdr.de +49 (0)30 2598 4050 Sie erreichen uns montags bis freitags von 8:00 - 18:00 Uhr. Häufig gestellte Fragen</p> <p>Bestätigung der Datenschutzerklärung</p> <p>„Weiter“ anklicken</p> <p>Weiter</p>							

Antragsteller

Namensdaten

Persönliche Daten des Antragstellers

* Pflichtfeld

Titel

Vorname(n) *

Nachname *

Geburtsdaten

Geburtsname

Geburtsdatum *

 . .

* sind Pflichtfelder

Geburtsort *

Geburtsland

Staatsangehörigkeit *

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 ?

In der „Postident“ wählen

Ausweisdokument * ☐ Aufenthaltstitel  ☐ Personalausweis  ☐ Reisepass 

Ausweisnummer *

Tag der Ausstellung *

Gültig bis *

Ausstellende Behörde *

Ausstellendes Land *

Deutschland

* sind Pflichtfelder

Benötigte Angaben vom
Personalausweis oder
Reisepass eintragen

Meldeadresse

wohnhaft bei

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

Straße *

Hausnummer

Postleitzahl *

Ort *

Land *

* sind Pflichtfelder

Kontaktdaten

Telefon, E-Mail des Antragstellers

Achtung Schreibweise

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.

Zurück

Weiter



„Weiter“ anklicken

Institution [angeben v](#)

Hier können Sie Angaben zu Ihrer Praxis oder Ihrer Arbeitsstätte machen. Insbesondere dann, wenn Sie diese als Lieferanschrift verwenden möchten.

[Zurück](#)

[Weiter](#)

* Pflichtfelder

Sie benötigen Hilfe?

ehealth-support@bdr.de

+49 (0)30 2598 4050

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

[Häufig gestellte Fragen](#)

„Weiter“ anklicken

Evtl. diese Maske (wenn auf [Institution \[angeben v\]\(#\)](#)) geklickt wurde

Institution [löschen ^](#)

Hier können Sie Angaben zu Ihrer Praxis oder Ihrer Arbeitsstätte machen. Insbesondere dann, wenn Sie diese als Lieferanschrift verwenden möchten.

Name der Praxis/Institution*

Abteilung

* Pflichtfelder

Sie benötigen Hilfe?

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

+49 (0)

Sie erreichen freitags von

[Häufig geste](#)

Es kann nur der Praxisname hinterlegt werden

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

Deutschland



Kommunikation

Telefon, E-Mail der Institution

Telefon

Mobil

E-Mail

Zurück

Weiter



Bestellung

Anzahl Karten

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

Anzahl gewünschter eHBA *

1

* Pflichtfeld Anzahl
der Karten maximal
zwei eHBA

* Pflichtfelder

Sie benötigen Hilfe?

ehealth-support@bdr.de

+49 (0)30 2598 4050

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

[Häufig gestellte Fragen](#)

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 *



Passwort wird vorgegeben. Kann geändert werden.

Beantragter elektronischer Zahnarztausweis

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

Andere Kammer: ☐ Ja ☒ Nein

Bei JA:

Beantragter elektronischer Zahnarztausweis

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

Andere Kammer: ☒ Ja ☐ Nein

*

Beantragter elektronischer Zahnarztausweis

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

Andere Kammer: ☒ Ja ☐ Nein

*

Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg

Bayerische Landes Zahnärztekammer

Lieferanschrift

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

Lieferadresse * ☒ Meldeadresse

Es geht nur Meldeadresse

Rechnungsanschrift

Bitte geben Sie hier Ihre Rechnungsadresse ein.

Rechnungsadresse * ☐ andere Adresse ☒ Meldeadresse

Rechnungsanschrift

Bitte geben Sie hier Ihre Rechnungsadresse ein.

Rechnungsadresse * ☒ andere Adresse ☐ Meldeadresse

Name / Firma *

Straße *

Hausnummer

Zusatz



Postleitzahl *

Ort *

Land

* sind Pflichtfelder

Rechnungsversand

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

Rechnungsversand * ☐ E-Mail ☒ Post

Zahlverfahren

Bitte geben Sie hier die gewünschte Zahlungsart an.

Zahlverfahren * ☒ Kauf auf Rechnung ☐ Lastschriftverfahren

Zurück

Weiter

„Weiter“ anklicken

Zahlverfahren

Bitte geben Sie hier die gewünschte Zahlungsart an.

Zahlverfahren * ☐ Kauf auf Rechnung ☒ Lastschriftverfahren

Ich ermächtige die D-Trust GmbH alle von mir zu entrichtenden Zahlungen von folgendem Konto einzuziehen:

Kontoinhaber (Vorname) *

Kontoinhaber (Nachname) *

* sind Pflichtfelder

IBAN *

BIC

Bitte beachten Sie, dass Sie für eine ausländische Bankverbindung eine BIC angeben müssen.

Zahlungsintervall *

- ☐ 1/2-jährliche Zahlungsweise zum Ende des Halbjahres
☐ 1/4-jährliche Zahlungsweise zum Ende des Quartals
☐ Jährliche Zahlungsweise zum Ende des Jahres
☒ Sofort in einer Summe

Zertifikat

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



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. 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/Kurzanleitung_sign-me.pdf

Zurück

Weiter

„Weiter“ anklicken

Kartenlayout

Ihr elektronischer Ausweis

Der elektronische Heilberufsausweis soll wie angegeben personalisiert werden. Ich erkenne an, dass meine zuständige Kammer eine abweichende optische Personalisierung festlegen kann.

Foto über ein Smartphone entspricht den Anforderungen

Ausweisfoto *

Foto auswählen

Bitte laden Sie hier Ihr Ausweisfoto als jpg/jpeg, png oder bmp mit einer maximalen Dateigröße von 2 MB hoch.
Ihr Ausweisfoto ist für die Personalisierung Ihrer Karte zwingend erforderlich. D. h. ohne ein Ausweisfoto, auf dem Sie klar erkennbar sind, kann der Ausweis nicht produziert werden.
Bitte beachten Sie, dass wir Ihr Ausweisfoto nach erfolgreicher Beantragung nicht mehr anpassen können.

HBA

ZAHNARZTAUSWEIS

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

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER

Dr. [REDACTED]
VORNAMEN - NAME -- GIVEN NAMES - SURNAME
PRÉNOMS - NOM -- NOMBRES - APELLIDO -- ИМЯ - ФАМИЛИЯ

GÜLTIG BIS
17.08.2025

Zurück

Weiter

„Weiter“ anklicken

Zusammenfassung

Bitte überprüfen Sie Ihre Antragsdaten

Antragsteller

[✎ bearbeiten](#)

Namensdaten

Titel
Vorname(n)
Nachname

Geburtsdaten

Geburtsname
Geburtsdatum
Geburtsort
Geburtsland
Staatsangehörigkeit

Art der Identifizierung

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

Meldeadresse

wohnhaft bei
Straße
Hausnummer
Postleitzahl
Ort
Land

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

Zahlverfahren

Kauf auf Rechnung

Zertifikat

[📄 bearbeiten](#)

Zertifikatsinhaber

E-Mail-Adresse in Zertifikat

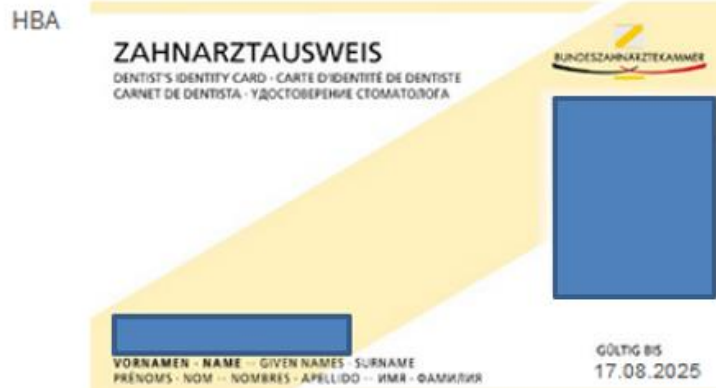
Einrichtung eines Fernsignaturkontos

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

Kartenlayout

[bearbeiten](#)

Ihr elektronischer Ausweis



Erklärungen

☒ Veröffentlichung im Verzeichnisdienst



Ich willige hiermit in die Veröffentlichung meiner Zertifikate durch die online Zertifikatsdatenbank des Vertrauensdiensteanbieters D-Trust GmbH ein. 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 der SMC-B Karte innerhalb der Telematik Infrastruktur wird hiervon nicht berührt. Der Widerruf ist an datenschutz@d-trust.net oder an D-Trust GmbH, Antragsbearbeitung, Kommandantenstraße 15, 10969 Berlin zu richten.

☐ AGB *

Darf nicht leer sein.

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

☐ Datenweitergabe an die Kammer *

Darf nicht leer sein.

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.

☒ 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.

Datenweitergabe an KZV ☒ Ja ☐ Nein



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.

Nur bei
Beantragung einer
Folgekarte eHBA

☐ Neue Telematik-ID beantragen

Ich möchte eine neue Telematik-ID beantragen. In diesem Fall wird mein Kartenherausgeber 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.

Zurück

Zahlungspflichtig bestellen

anklicken

Bitte **Antrag speichern** und **Dokumente ausdrucken**, danach zur **Post gehen** um das **PostIdentverfahren** einzuleiten.

Den eHBA-Antrag senden Sie bitte an folgende Adresse:

D-TRUST GmbH
Kommandantenstr. 15
10969 Berlin

Sie erhalten nach Freigabe der LZK BW und Produktion Ihres eHBA zwei separate Briefe:
Einmal den eHBA und den PIN. Bitte dann die **Karte** mit den **PIN Freischalten**.