

## Beantragung des eHBA bei T-Systems

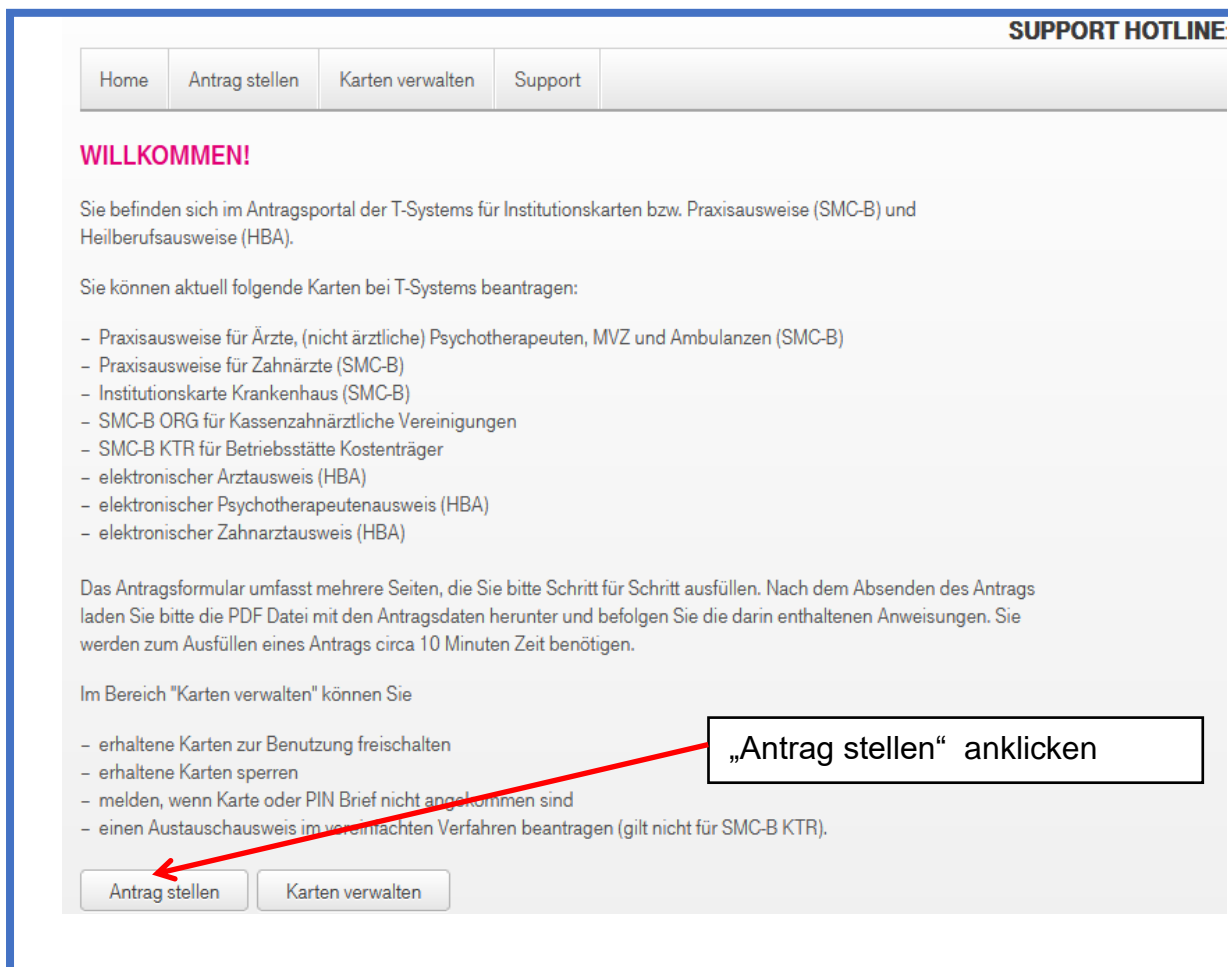


Bevor Sie beginnen halten Sie bitte folgendes bereit:

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 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://antragsportal.hba.telesec.de/tsp-applicant/home/options.html>



The screenshot shows the T-Systems applicant portal interface. At the top right, there is a 'SUPPORT HOTLINE' button. Below it is a navigation menu with buttons for 'Home', 'Antrag stellen', 'Karten verwalten', and 'Support'. The main content area starts with a pink 'WILLKOMMEN!' heading. Below this, there is a welcome message and a list of services available for application. A red arrow points from a text box containing '„Antrag stellen“ anklicken' to the 'Antrag stellen' button at the bottom left of the page.

**SUPPORT HOTLINE**

Home Antrag stellen Karten verwalten Support

**WILLKOMMEN!**

Sie befinden sich im Antragsportal der T-Systems für Institutionskarten bzw. Praxisausweise (SMC-B) und Heilberufsausweise (HBA).

Sie können aktuell folgende Karten bei T-Systems beantragen:

- Praxisausweise für Ärzte, (nicht ärztliche) Psychotherapeuten, MVZ und Ambulanzen (SMC-B)
- Praxisausweise für Zahnärzte (SMC-B)
- Institutionskarte Krankenhaus (SMC-B)
- SMC-B ORG für Kassenzahnärztliche Vereinigungen
- SMC-B KTR für Betriebsstätte Kostenträger
- elektronischer Arztausweis (HBA)
- elektronischer Psychotherapeutenausweis (HBA)
- elektronischer Zahnarztausweis (HBA)

Das Antragsformular umfasst mehrere Seiten, die Sie bitte Schritt für Schritt ausfüllen. Nach dem Absenden des Antrags laden Sie bitte die PDF Datei mit den Antragsdaten herunter und befolgen Sie die darin enthaltenen Anweisungen. Sie werden zum Ausfüllen eines Antrags circa 10 Minuten Zeit benötigen.

Im Bereich "Karten verwalten" können Sie

- erhaltene Karten zur Benutzung freischalten
- erhaltene Karten sperren
- melden, wenn Karte oder PIN Brief nicht angekommen sind
- einen Austauschausweis im vereinfachten Verfahren beantragen (gilt nicht für SMC-B KTR).

„Antrag stellen“ anklicken

Antrag stellen Karten verwalten

SUP

Home

Antrag stellen

Karten verwalten

Support

## 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.

Auswählen

„Mit leerem Antrag  
beginnen“

Home   Antrag stellen   Karten verwalten   Support

### 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)
- Elektronischer Psychotherapeutenausweis (HBA)
- Praxisausweis für eine Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis, MVZ oder Ambulanz (SMC-B)
- Praxisausweis für eine Zahnarztpraxis (SMC-B)
- Institutionskarte für ein Krankenhaus (SMC-B)
- SMC-B KTR für Betriebsstätte Kostenträger
- SMC-B ORG für Kassenzahnärztliche Vereinigung

Zurück

Bitte Körperschaft wählen

Zuständige Körperschaft

bitte wählen

- bitte wählen
- Bayerische Landeszahnärztekammer
- EVT-Kammer Zahnärzte
- Landeszahnärztekammer Hessen
- Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg
- Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz
- Landeszahnärztekammer Sachsen
- Landeszahnärztekammer Thüringen

#### Auswählen

1. „Elektronischer Zahnarztausweis (HBA)
2. Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg

## 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

„Erstantrag“ wählen

\* Ausweisarten:

Heilberufsausweis

„Heilberufsausweis“ wählen

\* Kartenlaufzeit (Jahre):

5

„5“ vorgegeben

### Persönliche Angaben des Antragstellers

Bitte geben Sie hier die Daten zu Ihrer Person ein, wie in Ihrem Ausweisdokument angegeben.

#### Namensdaten

Anrede:

bitte wählen

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:

\* Pflichtfeld

\* Nachname:

**\* Staatsangehörigkeit:**  
Deutschland ▼

Geburtsdaten

**Geburtsname:**

**\* Geburtsdatum:**  \* Pflichtfeld

**\* Geburtsort:**

**\* Geburtsland:**  
Deutschland ▼

Privatanschrift / Meldeanschrift

**c/o:**

**\* Straße:**

**Hausnummer:**

**\* Postleitzahl:**

**\* Stadt:**

**\* Land:**  
Deutschland ▼

Kontaktdaten

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

\* Telefon:

Fax:

Mobil:

\* E-Mail:

Antrag verwerfen    Antragstellung unterbrechen    Weiter

Fortschritt: 0%

\* Pflichtfeld

„Weiter“ anklicken

Home   Antrag stellen   Karten verwalten   Support

### BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFSAUSWEISES

\* Produkt:  
 HBA ← Jahre mit quartalsweiser Zahlung

Praxis / Einrichtung

Die Angaben zur Praxis/Einrichtung sind keine Pflichtfelder.

Name:

Abteilung:

c/o:

Straße:

Hausnummer:

Postleitzahl:

Stadt:

Land:

Telefon:

Fax:

Mobil:

E-Mail:

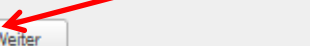
Zurück   Antrag verwerfen   Antragstellung unterbrechen   Weiter

Laufzeit 5 Jahre



Freiwillige Felder ausfüllen, wenn gewünscht.

„Weiter“ anklicken



Home   Antrag stellen   Karten verwalten   Support

## BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFS AUSWEISES

**Wichtiger Hinweis zur Auslieferung:** Ihr elektronischer Heilberufsausweis wird Ihnen per Post an ihre Meldeadresse zugesendet und muss von Ihnen persönlich oder einer von Ihnen bevollmächtigten Person (siehe Vollmacht in Ihren Antragsunterlagen) 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

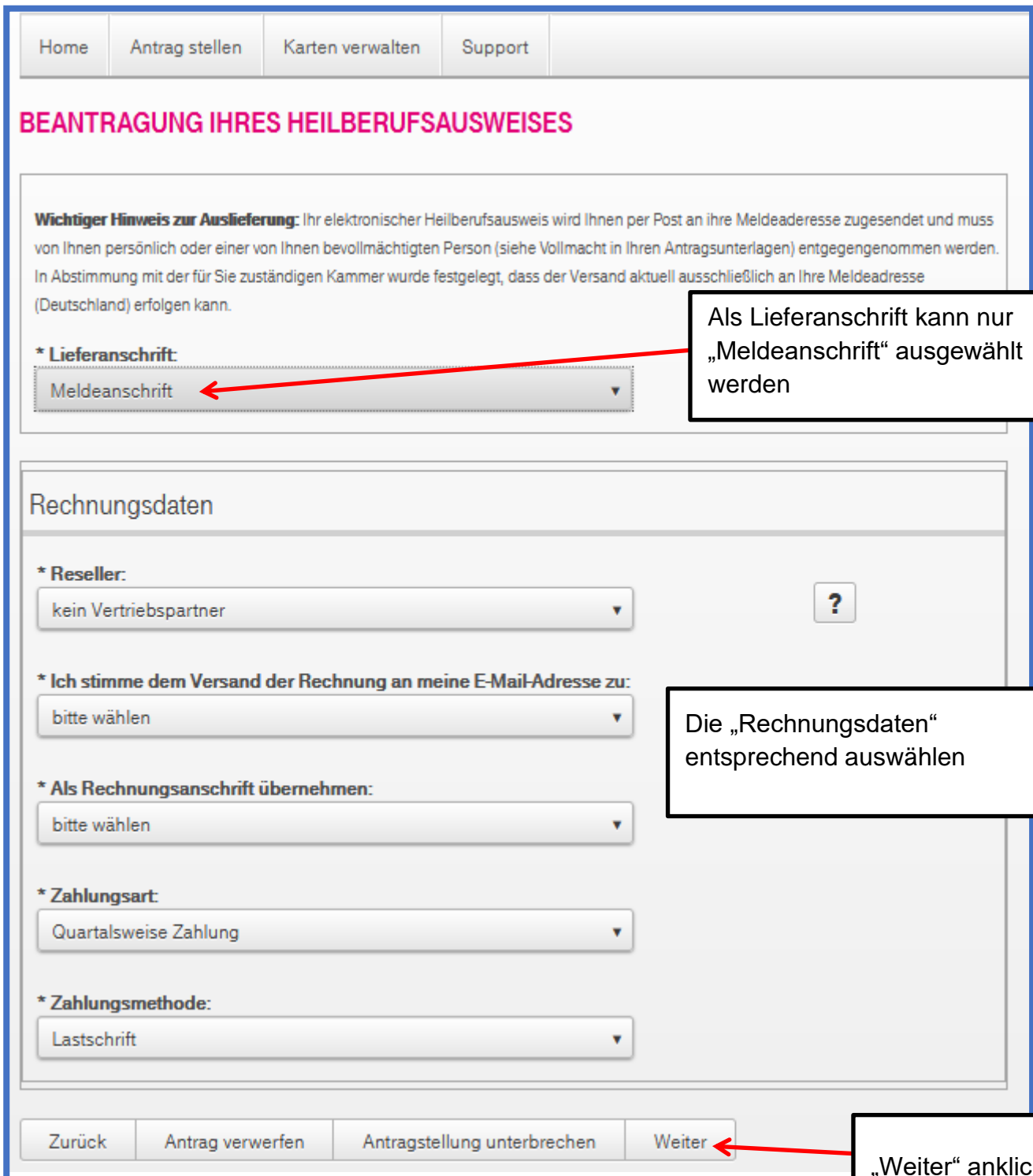
\* **Ich stimme dem Versand der Rechnung an meine E-Mail-Adresse zu:**  
bitte wählen

\* **Als Rechnungsanschrift übernehmen:**  
bitte wählen

\* **Zahlungsart:**  
Quartalsweise Zahlung

\* **Zahlungsmethode:**  
Lastschrift

Zurück   Antrag verwerfen   Antragstellung unterbrechen   Weiter



Als Lieferanschrift kann nur „Meldeanschrift“ ausgewählt werden

Die „Rechnungsdaten“ entsprechend auswählen

„Weiter“ anklicken



## 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):**

„SEPA-Lastschriftsmandat“  
eingeben

## 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:**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Verschlüsselungszertifikat sowie Vor- und Nachname im öffentlichen Verzeichnisdienst der T-Systems zum Abruf bereit gestellt werden. Die Daten werden von T-Systems nicht zu Werbezwecken verwendet.

Wir empfehlen Ihnen, der Veröffentlichung zuzustimmen, um alle Funktionen des elektronischen Ausweises (z. B. sichere, elektronische Kommunikation) nutzen zu können. Eine nachträgliche Änderung ist ohne Neuausstellung des Ausweises nicht möglich.

**\* Veröffentlichung von Zertifikatsdaten:**

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



Entsprechend bestätigen

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

Kartenaufdruck

Der elektronische Zahnarzttausweis 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

Fortschritt: 71%

„Weiter“ anklicken

## BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFS AUSWEISES

### Identifizierung

\* Identifizierungsmethode:

PostIdent

„PostIdent“ bestätigen

Ihr Ausweisdokument wird im Rahmen der Identifizierung benötigt.

\* Ausweisdokument:

Personalausweis

\* Dokumentennummer:



\* Ausstellungsdatum:

Weitere Felder  
entsprechend  
ausfüllen

Gültig bis:

\* Ausstellende Behörde:

Zurück

Antrag verwerfen

Antragstellung unterbrechen

Weiter

„Weiter“ anklicken

## BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFS AUSWEISES

### 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.

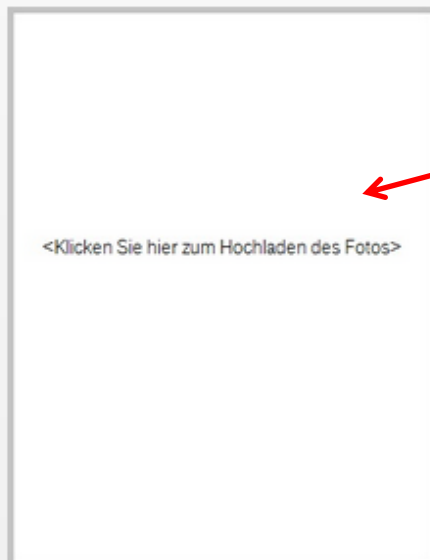


Foto hochladen

„Weiter“ anklicken

Zurück

Antrag verwerfen

Antragstellung unterbrechen

Überspringen

Weiter

Fortschritt: 92%

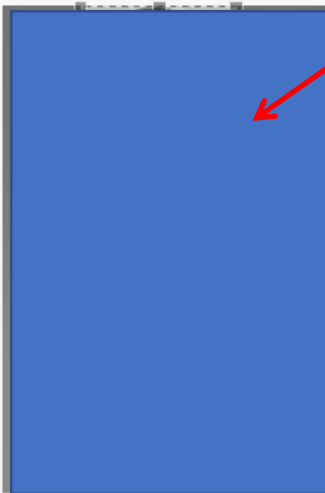
## BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFS AUSWEISES

### Hochladen Ihres Fotos

Bitte wählen Sie den Bereich des Bildes aus, der auf Ihren Ausweis gedruckt werden soll. Sie sehen das Ergebnis in der Vorschau.

Halten Sie auf dem Bild die linke Maustaste gedrückt, um einen entsprechenden Rahmen zu ziehen. Drücken Sie danach auf "Weiter", um alle Antragsdaten noch einmal im Überblick zu sehen.

**Achtung:** Falls Sie auf dieser Seite die "Antragstellung unterbrechen", wird Ihr Bild nicht gespeichert.



Gewünschten  
Fotoausschnitt wählen



Kartenvorschau (schematische Darstellung)

„Weiter“ anklicken

Foto ändern

Antrag verwerfen

Antragstellung unterbrechen

Weiter

Fortschritt: 94%

## PREISVORSCHAU

### Bitte beachten:

Aufgrund der vorübergehenden Senkung der Mehrwertsteuer (MwSt.) von 19% auf 16% im Zeitraum vom 01.07.2020 bis zum 31.12.2020, wird der quartalsweise Preis in den entsprechenden Rechnungen angepasst. Dabei werden die vom Bundesfinanzministerium (BMF) gemachten gesetzlichen Vorgaben und die Grundsätze für die Leistungserbringung berücksichtigt.

In der hier angezeigten Rechnungsvorschau wird die Mehrwertsteuerreduzierung nicht berücksichtigt.

Gewähltes Produkt: **HBA 4 Jahre mit quartalsweiser Zahlung**

Bestehend aus folgenden Artikeln (alle Preisangaben in EUR):

Anzahl	Artikel	Einzelpreis	Rabatt auf Einzelpreis	Gesamt erste Rechnung	Gesamt Folgerechnungen
1	HBA 4 Jahre mit quartalsweiser Zahlung	22,44	0,00	22,44	22,44
Summe der Einzelpreise				22,44	22,44
zzgl. 19% MwSt.				4,26	4,26
<b>Zwischensumme</b>				<b>26,70</b>	<b>26,70</b>
Anzahl Folgerechnungen					15
Summe aller Folgerechnungen					400,50
<b>Gesamtsumme aller Rechnungen</b>					<b>427,20</b>

Zurück

Antrag verwerfen

Antragstellung unterbrechen

Weiter

„Weiter“ anklicken

Fortschritt: 95%

Es folgen alle Daten in der Übersicht:

Home	Antrag stellen	Karten verwalten	Support
------	----------------	------------------	---------

## BEANTRAGUNG IHRES HEILBERUFS AUSWEISES

### 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	
Namensdaten	
Anrede	
Grad/Titel	
Vornamen	Michael
Nachname	Test
Staatsangehörigkeit	Deutschland
Geburtsdaten	



Geburtsname	
Geburtsdatum	04.12.1989
Geburtsort	Musterstadt
Geburtsland	Deutschland
Privatanschrift / Meldeanschrift	
c/o	
Straße	Teststraße
Hausnummer	
Postleitzahl	71234
Stadt	Teststadt
Land	Deutschland
Kontaktdaten	
Telefon	004971182565478
Fax	
Mobil	
E-Mail	beck@lzk-bw.de
[Angaben unterhalb bearbeiten]	
Praxis / Einrichtung	
Name	
Abteilung	
c/o	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	
Stadt	
Land	
Telefon	
Fax	
Mobil	
E-Mail	
[Angaben unterhalb bearbeiten]	
Lieferanschrift	
Meldeanschrift	

Rechnungsdaten	
Reseller	kein Vertriebspartner
Ich stimme dem Versand der Rechnung an meine E-Mail-Adresse zu	Nein
E-Mail-Adresse	
Rechnungsanschrift	
Anrede	Herr
Grad/Titel	
Nachname	Test
Vorname	Michael
Institution	
Straße	Teststraße
Hausnummer	
Postleitzahl	71234
Ort	Teststadt
Zahlungsart	Quartalsweise Zahlung
Zahlungsmethode	Lastschrift
<a href="#">[Angaben unterhalb bearbeiten]</a>	
SEPA-Lastschriftmandat für diesen Auftrag	
Geldinstitut	DKB Berlin
IBAN	DE02120300000000202051
BIC	BYLADEM1001
Kontoinhaber (Name oder Institution)	Michael Test
Zertifikatsdaten	
E-Mail-Adresse für die Zertifikate des eZahnarzttausweises	
Veröffentlichung von Zertifikatsdaten	Ja
Ich möchte meine bisherige Telematik-ID beibehalten	Ja

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

Kartenaufdruck

Zeile 1	Michael Test
Zeile 2	
Zeile 3	

[Angaben unterhalb bearbeiten]

Identifizierung

Identifizierungsmethode	PostIdent
Ausweisdokument	Personalausweis
Dokumentnummer	LHK8755644
Ausstellungsdatum	22.02.2010
Gültig bis	25.02.2022
Ausstellende Behörde	Teststadt

Gewähltes Produkt

HBA 4 Jahre mit quartalsweiser Zahlung

Gesamtsumme aller Rechnungen

427,20 €

Ihr Ausweisfoto [\[ändern\]](#)



Kartenvorschau (schematische Darstellung)

- Für die Refinanzierung der Kosten des eZahnartztausweises,
- 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 Zahnartztausweises 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.

**\* Einverständniserklärung des Antragstellers:**

Ja

Einverständnis geben

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 (beides abrufbar unter <https://www.telesec.de/de/hba/support/downloadbereich>). 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.

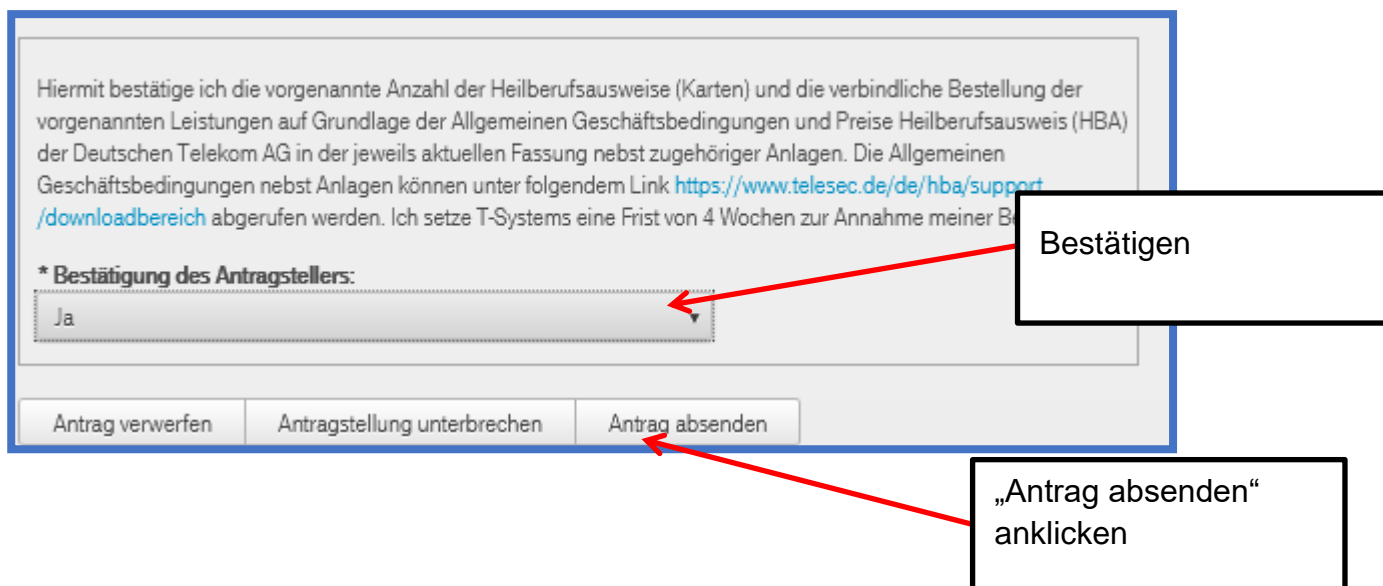
Hinweise:

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

Bestätigen



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/hba/support/downloadbereich> abgerufen werden. Ich setze T-Systems eine Frist von 4 Wochen zur Annahme meiner B

\* **Bestätigung des Antragstellers:**

Ja

Antrag verwerfen    Antragstellung unterbrechen    Antrag absenden

Bestätigen

„Antrag absenden“ anklicken

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

Den eHBA-Antrag senden Sie bitte an folgende Adresse:

**Postanschrift:**  
**T-Systems International GmbH**  
Trust Center Services  
Untere Industriestr. 20  
D-57250 Netphen

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**.