



Schritt-für-Schritt Beschreibung des eHBA Antragsablaufs bei SHC+CARE





Wir freuen uns, dass Sie Ihren Heilberufsausweis bei SHC+CARE beantragen wollen!

Vorweg möchten wir Sie auf einige wichtige Aspekte hinweisen:

- Der Internet-Explorer wird aus Sicherheitsgründen nicht unterstützt, nutzen Sie z.B. Google Chrome, Safari o.ä. aktuelle Browser.
- Bitte führen Sie die Antragsstellung aufgrund der **notwendigen Generierung des Antrags als PDF** an einem Laptop oder stationären PC durch
- Bitte achten Sie auf eine stabile Internetverbindung
- **Nehmen Sie sich die Zeit, um den Antrag in Ruhe und in einem Zug abzuschließen (Ausfüllen, Ausdrucken, Unterschreiben, [PostIdent](#) durchführen, Brief abschicken)**

Sollten Sie Fragen oder Schwierigkeiten haben, steht Ihnen unser Support natürlich gerne zur Verfügung. Gerne können Sie auch unsere [Erklärvideos](#) nutzen:

Telefonnummer: +49 (0)6251 7026 455

E-Mail: support@shc-care.de



Bevor Sie Ihren Antrag starten, bitten wir Sie, sich zunächst bei Ihrer zuständigen Ärztekammer (über den Login im Ärztekammerportal) zu informieren, ob diese den Antrag für Ihren eHBA vorbefüllen oder ob Sie ihn selbst ausfüllen müssen (leerer Antrag).

Einige Kammern bieten eine Vorbefüllung an oder haben diese verpflichtend. Informieren Sie sich demnach bitte bei Ihrer Ärztekammer, ob diese möglich, beziehungsweise verpflichtend ist. In diesen Fällen wird Ihnen eine **Vorgangsnummer von Ihrer Ärztekammer mitgeteilt**. Und können dann direkt über das Ärztekammerportal auf SHC-CARE.de gehen und den Antrag ausfüllen. Alternativ können Sie über [SHC-CARE Antrag Heilberufsausweis](#) Ihren Antrag starten

Sollten Sie Fehler der persönlichen Daten in der Vorbefüllung finden, setzen Sie sich direkt mit Ihrer Ärztekammer in Verbindung. Diese teilt Ihnen nach der Verbesserung der Angaben eine neue Vorgangsnummer mit, mit der Sie einen Antrag neu starten müssen

Der fehlerhafte Antrag wird automatisch gelöscht

Über diesen Link können Sie den Antrag starten:

[SHC-CARE Antrag Heilberufsausweis](#)

- einen leeren Antrag - 1
- oder einen durch Ihre Kammer vorgefüllten Antrag starten – 2

SHC-CARE Produkte - SHCweCARE - Wissenswertes - Hilfe und Support - Häufig gestellte Fragen - Admin SHC Mein Konto

ELEKTRONISCHER ARZTAUSWEIS

Bestellen Sie hier Ihren elektronischen Arztausweis G2.1

SIE MÖCHTEN DIE VORBEFÜLLUNG IHRER ZUSTÄNDIGEN KAMMER NUTZEN?

Falls Sie von Ihrer Ärztekammer eine Vorgangsnummer erhalten haben, so können Sie über das SHC+CARE Portal Ihren bereits vorgefüllten Kartenantrag zum Heilberufsausweis (HBA) aufrufen, oder falls Ihre Kammer dies anbietet, direkt dorthin weitergeleitet werden.

Mit vorgefülltem Antrag starten **2** Mit leerem Antrag starten **1**

Ärztammer Berlin Ärztekammer Niedersachsen Bayerische Landesärztekammer Landesärztekammer Brandenburg
Ärztammer Bremen Ärztekammer Nordrhein Bezirksärztekammer Nord-Baden Landesärztekammer Hessen
Ärztammer des Saarlandes Ärztekammer Sachsen-Anhalt Bezirksärztekammer Nord-Württemberg Landesärztekammer Thüringen

Karten- und Sektorenauswahl

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

Mit leerem Antrag starten
Heilberufsausweis (HBA) SHC TEST
Antrag beginnen

Mit vorgefülltem Antrag beginnen
Vorgangsnummer Antrag beginnen

Einen Folgeantrag auf Basis eines bereits abgeschlossenen Antrags beginnen
Vorgangsnummer des abgeschlossenen Antrags Servicekennwort des abgeschlossenen Antrags
Antrag beginnen

Geben Sie Ihre Vorgangsnummer, welche Sie von Ihrer Ärztekammer bekommen haben ein oder starten Sie mit einem leeren Antrag, indem Sie den Produkttyp „Heilberufsausweis“ und Ihre Ärztekammer auswählen

Kartenantrag zum elektronischen Arztausweis

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

Antragsdaten

Allgemeine Informationen

Anzahl zu bestellender Karten *

1 ▾ ?

Bitte wählen Sie die Anzahl der zu bestellenden Karten.

Antragsteller

Anrede *

▾ ?

Ihre Bezeichnung.

Akademischer Grad/Titel ?

Beispiele: Prof.Dr.med., Dr.med.

Nachfolgender akademischer Grad/Titel ?

M.D., MPH, Ph.D.

Vorname *

?

Ihr Vorname identifiziert Sie individuell und ist Ihrem Ausweisdokument zu entnehmen.

Nachname *

?

Ihr Familienname, wie in Ihrem Ausweisdokument angegeben.

Staatsangehörigkeit *

Deutschland ▾ ?

Bezeichnet den Staat dem Sie angehörig sind und ist Ihrem Ausweisdokument zu entnehmen.

Berufsgruppe

Ärztin/Arzt ▾ ?

Ihr ausgeübter Beruf bzw. Ihr Fachgebiet.



Geburtsname ?


Ihr Familienname vor Ihrer Heirat.


Im nächsten Schritt öffnet sich die Antragsmaske.


- Die mit einem Sternchen * markierten Felder sind Pflichtfelder
- Achten Sie bitte darauf, bestimmte persönliche Angaben, welche auch auf Ihrem Personalausweis stehen, entsprechend korrekt und vollständig anzugeben


Die hier angegebene Mailadresse wird für die Kommunikation zwischen Ihnen und uns verwendet und kann im Nachhinein auch nicht verändert werden


Geburtsdatum (*)
 TT.MM.JJJJ  
 Ihr Geburtsdatum im Format TT.MM.JJJJ.


Geburtsort (*)
 
 Geben Sie Ihren Geburtsort gemäß Ihrem Ausweisdokument an.


c/o
 
 Im Falle Ihrer Abwesenheit geben Sie einen alternativen Empfänger mit Vor- und Nachnamen 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.


Stadt (*)
 
 Ihr Wohnort ist dem Ausweisdokument zu entnehmen.

Land (*)
 Deutschland  
 Ihr Heimatland ist dem Ausweisdokument zu entnehmen.

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.

Die von Ihnen angegebene Adresse ist automatisch die Lieferanschrift. Daher ist es wichtig, dass Sie aktuell ist und Sie dort für die Zustellung Ihres HBAs und Ihres PIN- und PUK-Briefs auch anzutreffen sind.
Hinweis: Die Angabe eines c/o ist hilfreich, sollten Sie nicht immer Zuhause anzutreffen sein

Wenn Sie eine Mail-Adresse bei den Zertifikaten angeben, so ist die Kommunikation mit anderen Heilberufler_Innen einfacher:

Geben Sie eine Mailadresse an und stimmen der Veröffentlichung der Zertifikate zu, so sind Sie im öffentlichen Verzeichnisdienst der gematik mit Ihrer Email-Adresse zu finden. Dies erleichtert anderen Heilberufler_Innen die Kontaktaufnahme. Außerdem können diese dann prüfen, ob eine erhaltene Email von Ihnen sich mit Ihrer Angabe einer Email-Adresse in den Zertifikaten deckt

Identifizierung

Identifizierungsmethode (*)

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.

Ausweisart (*)

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.

Angaben zu Zertifikatsdaten

E-Mail

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

Veröffentlichung von Zertifikaten (*)

Bitte wählen Sie hier aus, ob Sie einer Veröffentlichung Ihres Zertifikats zustimmen.

Druckzeilen

Druckzeilen automatisch generieren ?

Wenn Sie dieses Feld deaktivieren, haben Sie die Möglichkeit, den Aufdruck Ihres Namens auf der Karte anzupassen. Bleibt dieses Feld aktiviert, werden die aufzudruckenden Zeilen automatisch aus Ihrem Namen, Vornamen und Titeln erstellt.

Ihr Heilberufsausweis enthält ein Zertifikat, welches für die verschlüsselte Kommunikation zwischen Heilberufler_Innen benötigt wird. Damit Ihnen außerhalb der TI eine verschlüsselte Nachricht geschickt werden kann, können Sie dem Absender entweder das Zertifikat mitteilen oder – dieses direkt im Verzeichnisdienst **veröffentlichen. (Niemand, außer Befugte haben Zugriff auf dieses Verzeichnis)**

Sollten Sie hierzu weitere Fragen haben, wenden Sie sich gerne an die **gematik: Tel. +49 30 400 41-0**

Foto und Einverständniserklärung

Foto hochladen (*) ?

Derzeit kein Bild verfügbar

Bitte stellen Sie hier ein geeignetes Foto für einen Lichtbildausweis ein. Dieses wird später auf Ihrem elektronischen Arztausweis sichtbar sein.

Einverständnis zur Datennutzung (*) ?

Bitte geben Sie das Einverständnis zum Inhalt des Dokuments **Nutzung Ihrer Daten**, anderenfalls kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

Bestätigung

Korrektheit und Belehrung zur eIDAS Verordnung (*) ?

Die qualifizierte elektronische Signatur hat im Rechtsverkehr die gleiche Wirkung wie eine handschriftliche Unterschrift. Die eIDAS Verordnung sieht auch vor, dass die Nutzung der elektronischen Unterschrift beschränkt werden kann. Dies bezieht sich auf die Verwendung des Signaturschlüssels und die monetäre Beschränkung im Zertifikat.

Zustimmung zur Sperrung des elektronischen Arztausweises (*) ?

Hiermit geben Sie dem Kartenherausgeber die Einverständniserklärung Ihre Karte zu sperren, falls dies nötig ist.

Berufsbezogenen Informationen

Elektronische Fortbildungsnummer (EFN) ?

Die EFN wird von Ihrer zuständigen Ärztekammer befüllt und auf die Rückseite Ihrer angeforderten Karte gedruckt.

Heilberufler-ID / BAN ?

Ihre Heilberufler-ID oder Ihre Bundeseinheitliche Arztnummer (BAN) wird von Ihrer zuständigen Ärztekammer befüllt.

Telematik-ID ?

Ihre Telematik-ID wird von Ihrer zuständigen Ärztekammer befüllt.

Neue Telematik-ID (*) ?

Die Telematik-ID ist ein elektronisches Kennzeichen und Ihrem elektronischen Arztausweis eindeutig zugeordnet. Wählen Sie nur „Ja“ wenn Ihnen die Auswirkungen eines Wechsels der Telematik-ID bewusst sind. Für weitere Informationen fragen Sie Ihre Ärztekammer.

Für den Heilberufsausweis ist kein biometrisches Passbild nötig, jedoch sollten Sie drauf achten, dass

- Ihr Foto das Feld komplett ausfüllt. (Ein eingescanntes Passfoto ist oftmals zu klein)
- Das Foto nicht quer oder auf dem Kopf liegt

Ausgegraute Felder werden von der Kammer ausgefüllt

Eine neue Telematik-ID ist im Regelfall nicht erforderlich, insofern Sie nicht vorhaben, Ihre Profession zu ändern

Sollten Sie den Antrag im Moment nicht fortsetzen können, gibt es die Möglichkeit den Antrag zwischenspeichern. Sie erhalten dann Ihre Vorgangsnummer und ein Servicekennwort, das Sie bei Weiterbearbeitung des Antrags benötigen

8 Möchten Sie den Antrag normal fortfahren, wählen Sie bitte den Button „Antrag prüfen und fortfahren“



Kartenantrag zum elektronischen Arztausweis

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

Antrag Antragshistorie

Allgemeine Informationen	
Anzahl zu bestellender Karten:	1

Antragsteller	
Anrede:	Frau
Akademischer Grad/Titel:	[nicht angegeben]
Nachfolgender akademischer Grad/Titel:	[nicht angegeben]
Vorname:	Steffi
Nachname:	Schn
Staatsangehörigkeit:	Deutschland
Berufsgruppe:	Ärztin/Arzt
Geburtsname:	[nicht angegeben]
Geburtsdatum:	15.03.1999

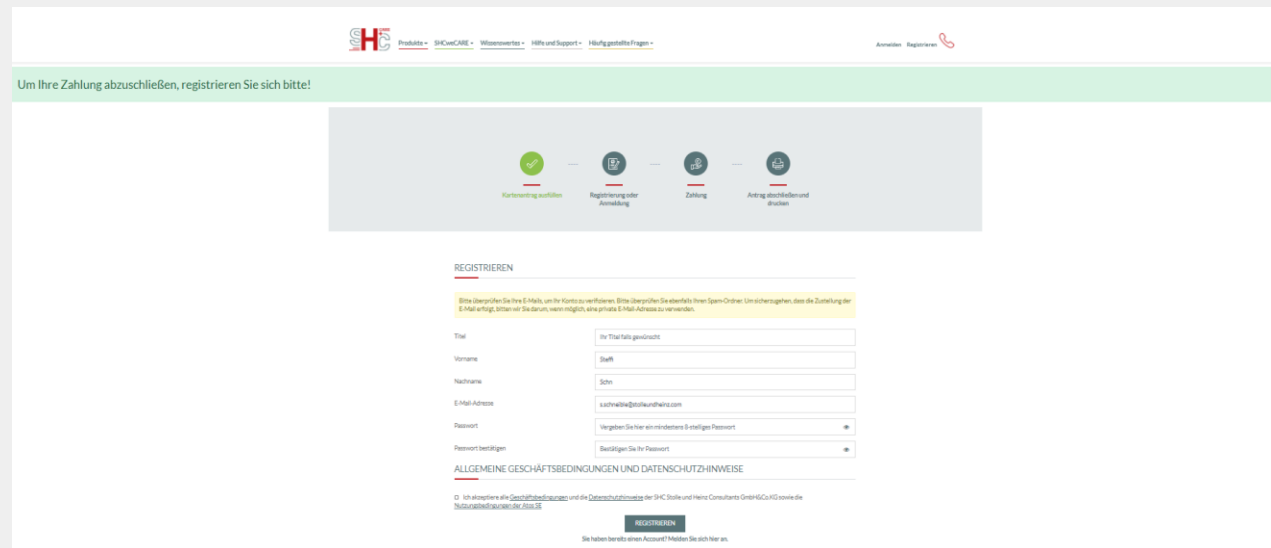
Hausnummer:	123
Adresszusatz:	[nicht angegeben]
Postleitzahl:	86167
Stadt:	Augsburg

Verwerfen	Jetzt bestellen
Zurück zur Bearbeitung	

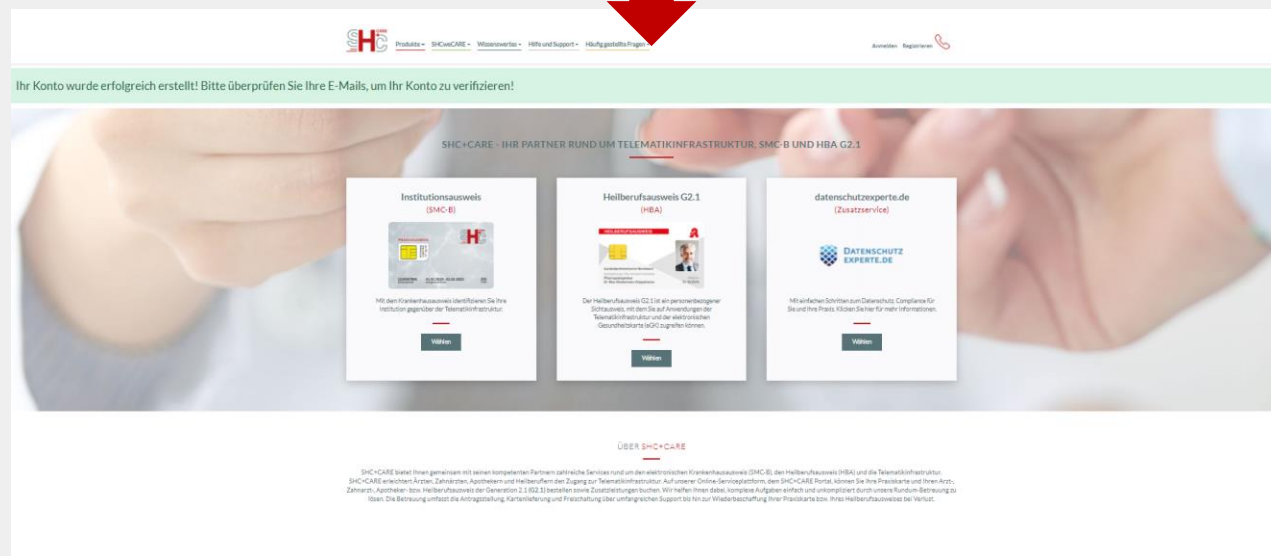


In diesem Schritt können Sie Ihre eingegebenen Daten nochmal prüfen

Wenn alle angegebenen Daten korrekt sind, klicken Sie bitte auf „**Jetzt bestellen**“



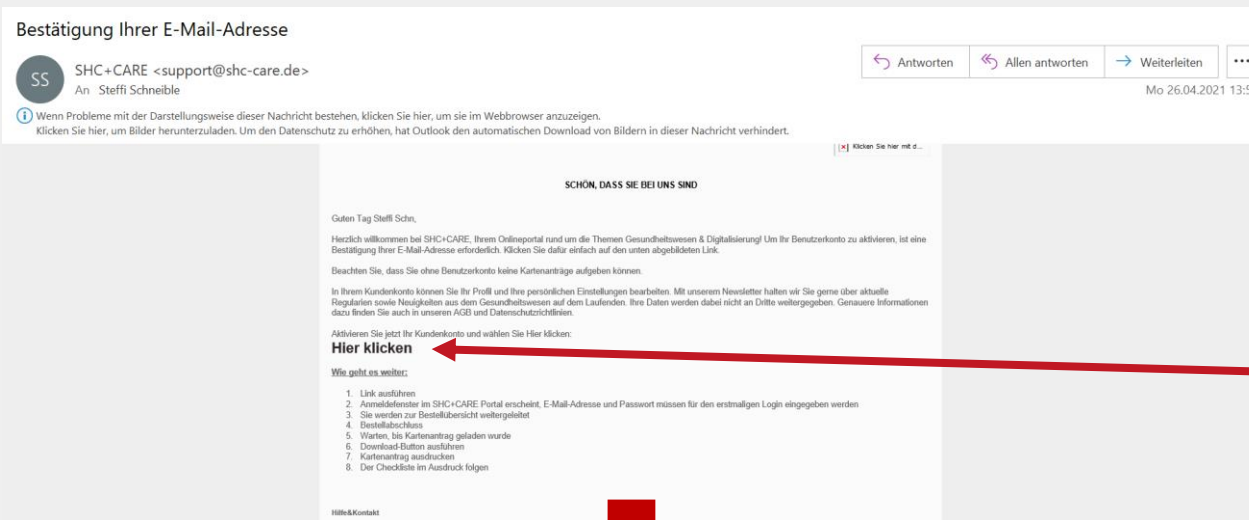
Als nächsten Schritt legen Sie bitte ein Kundenkonto an oder melden sich in Ihrem Konto an, falls Sie zuvor schon eines erstellt haben



Sobald das Konto angelegt wurde, müssen Sie es nun verifizieren

Unter der von Ihnen angegebenen Mailadresse haben wir Ihnen hierfür eine E-Mail geschickt (siehe nächste Folie)

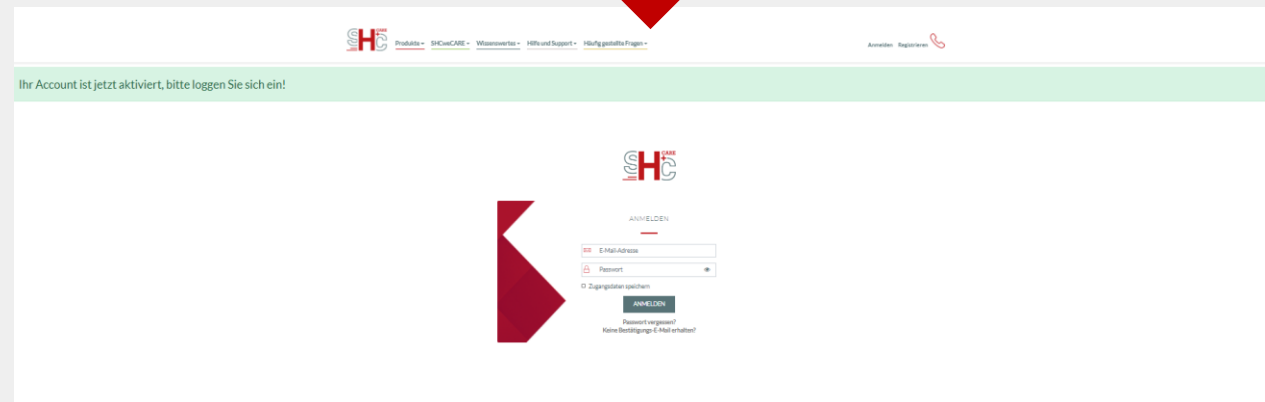
Achtung: Manchmal können die E-Mails im Spamordner Ihres E-Mail-Postfachs landen

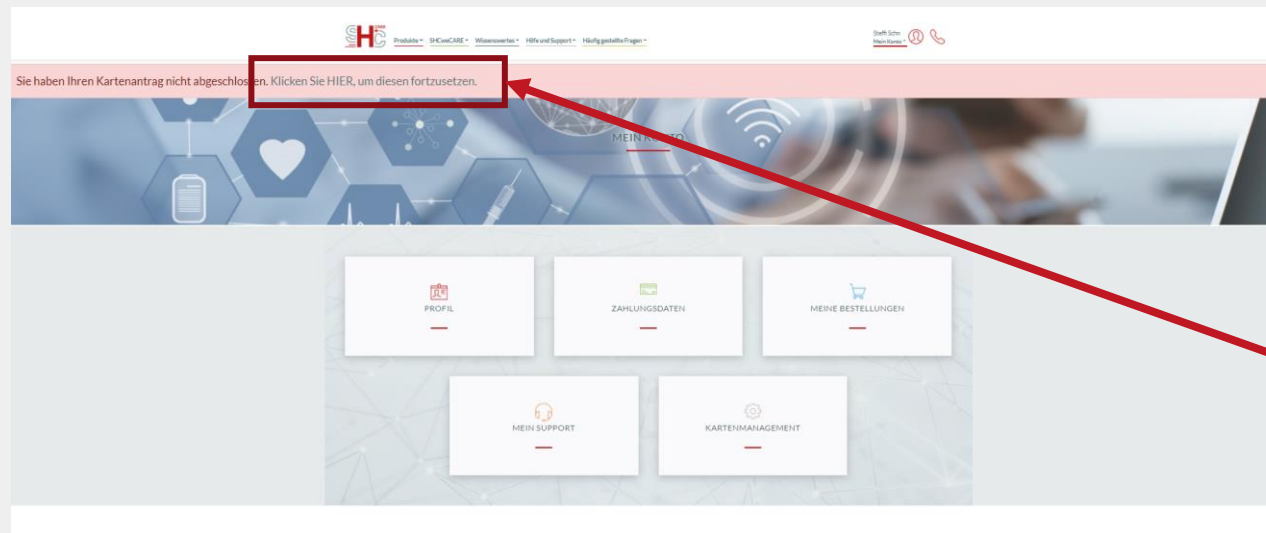


Hier sehen Sie die E-Mail, die wir Ihnen für die Verifizierung Ihres Kontos geschickt haben. Klicken Sie bitte auf den Text „Hier klicken“

Sie werden durch den Klick auf den Link auf die SHC+CARE-Webseite weitergeleitet

Hier loggen Sie sich bitte in Ihr aktiviertes Konto ein





Nach dem Einloggen in Ihr Kundenkonto erscheint ein rotes Banner, dieses weist Sie auf Ihren noch nicht beendeten Antrag hin

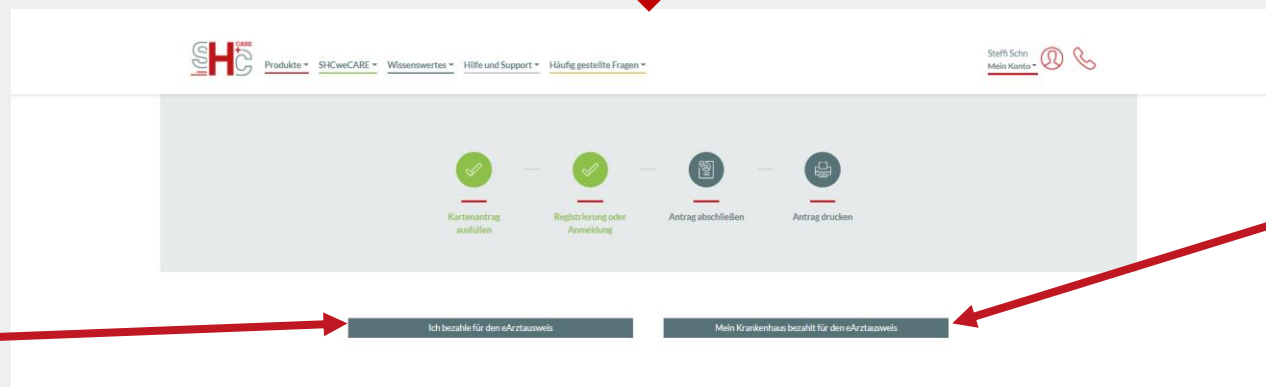
Klicken Sie bitte auf den verlinkten Text im zweiten Satz, um diesen fertigzustellen



Sie befinden sich nun im Zahlungsvorgang

Hier können Sie zunächst wählen, ob Sie selbst oder Ihr Arbeitgeber für Sie zahlt

Zahlen Sie selbst, wählen Sie bitte den Button links



Sollte Ihr Arbeitgeber die Kosten übernehmen, werden Sie im nächsten Schritt gebeten, einen Code anzugeben den Sie von Ihrem Arbeitgeber erhalten haben.

Ihnen wird vor Abschluss der Bestellung nochmals eine Bestellübersicht geboten

Geben Sie bitte Ihre persönliche Rechnungsadresse und Ihre Bankverbindung ein. Diese Informationen können Sie zu einem späteren Zeitpunkt in Ihrem Kundenkonto unter dem Punkt „Meine Zahlungsdaten“ ändern

Wichtig!

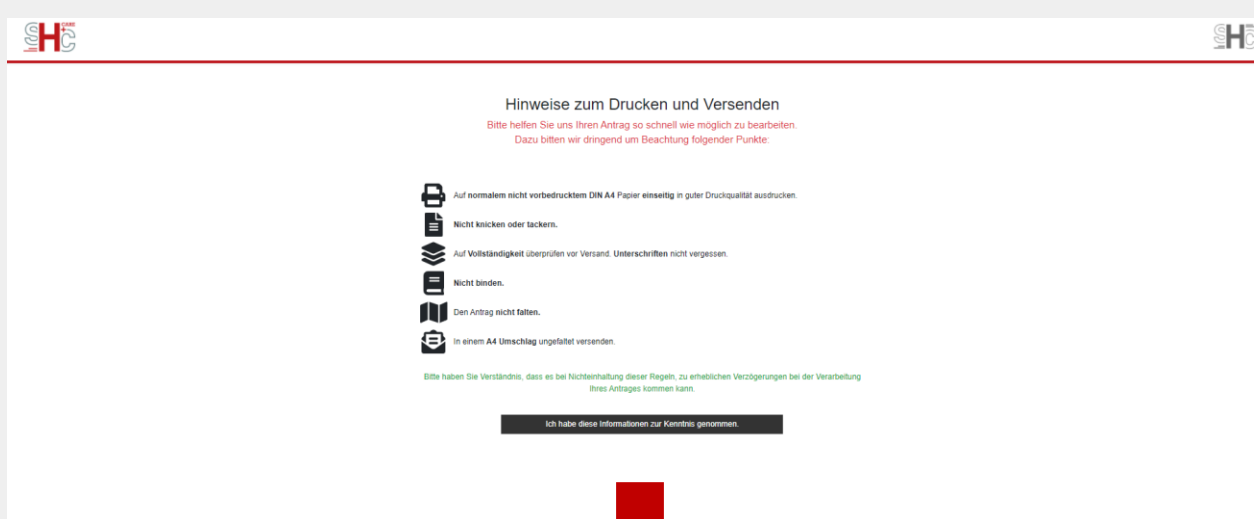
Tragen sie hier bitte zwingend den

folgenden Partnercode ein: dens

und setzen dann den Haken Bitte kreuzen Sie die Einzugs-ermächtigung an, um die Bestellung abzuschließen. Aktuell ist die Bezahlung mittels SEPA-Lastschriftverfahren die einzige Möglichkeit

Sie können zwischen einer quartalsweisen oder jährlichen Zahlung wählen. Die Bezahlungsvariante kann für die Vertragsdauer nicht umgestellt werden

Klicken Sie auf: Jetzt bestellen

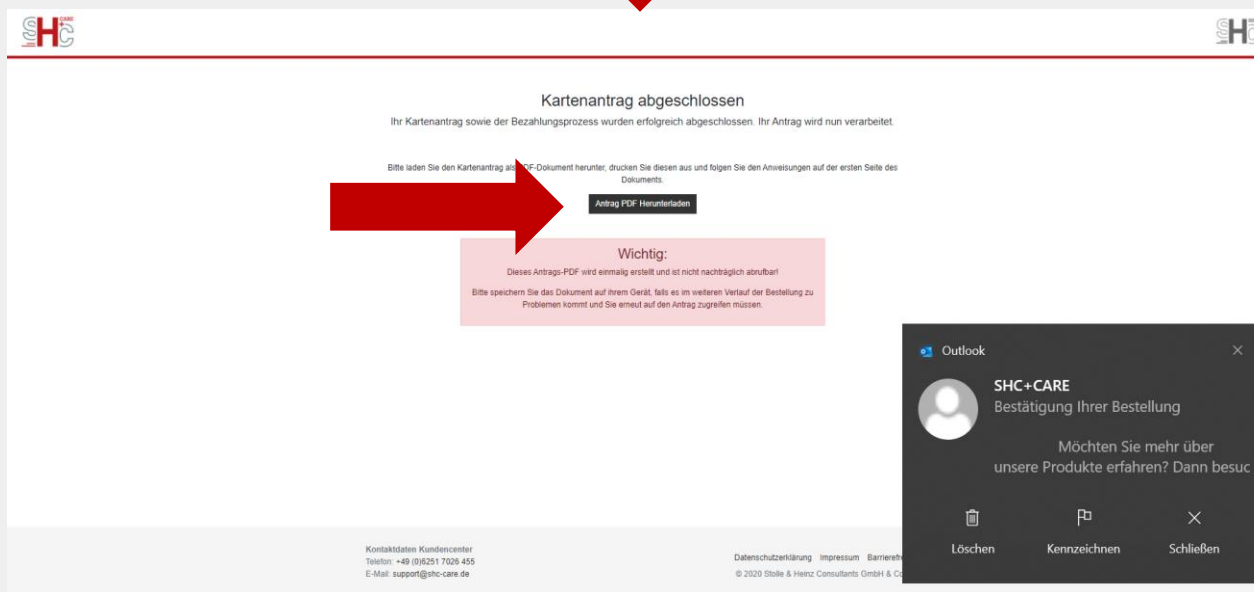


Der letzte Schritt ist das Herunterladen des Antrags-PDFs. Bitte lesen Sie die Informationen aufmerksam durch

Laden Sie das PDF herunter und speichern Sie es am besten nochmal ab

Die Antragsstellung im Portal ist nun abgeschlossen! Jetzt müssen Sie die Antragsunterlagen unterschreiben und uns postalisch zukommen lassen, sowie das PostIdent möglichst zeitnah durchzuführen

Das weitere Vorgehen wird aber nochmals ausführlich auf der ersten Seite des PDFs in einer Checkliste erklärt





Sollten noch Fragen oder Probleme aufkommen, können Sie sich gerne bei unserem Support (Montag-Freitag von 07.00 Uhr bis 18:00 Uhr) melden:

Telefonnummer: +49 (0)6251 7026 455

E-Mail: support@shc-care.de

Alternativ finden Sie auf unserer Internetseite verschiedenes Infomaterial, die Ihnen die Antragsstellung erleichtern kann: <https://shc-care.de/>