

Anleitung zur Beantragung einer Institutionskarte (SMC-B, SMC-B ORG)

Antragsportal von D-Trust

Stand: 25. Oktober 2024





Hinweise zu dieser Schritt-für-Schritt-Anleitung

Allgemeine Hinweise

- Je nach Herausgeber und Zertifikattyp können die einzelnen Schritte von dieser Beschreibung teilweise abweichen.
- Daher beschreibt diese Anleitung nur exemplarisch die Schritte, die bei einer Bestellung der SMC-B bzw. SMC-B ORG durchlaufen werden.
- In dieser Anleitung finden Sie sowohl Hinweise zur Bestellung
 - einer Folgekarte (Seite 3) sowie
 - einer neuen SMC-B oder SMC-B ORG Karte (Seiten 4ff).

Hinweise zur Identifizierung

- Ab dem 1. April 2023 ist der Kartenherausgeber verpflichtet eine Identitätsprüfung des Antragstellers durchzuführen. Dies gilt sowohl für Erst- als auch für Folgekarten.
- Bitte halten Sie für die Antragstellung folgende Dokumente und Informationen bereit:
 - Ein Ausweisdokument (Personalausweis, Reisepass oder Aufenthaltstitel), mit dem Sie sich identifizieren lassen möchten bzw. mit dem Sie sich bereits identifiziert haben
 - Wenn Sie bereits identifiziert sind, benötigen Sie den 14-stelligen Code, den Sie nach der Identifizierung von unserem Identifizierungsdienstleister Identity TM erhalten haben.



Bestellung einer Folgekarte SMC-B oder SMC-B ORG

Wenn Sie bereits eine SMC-B oder SMC-B ORG im Einsatz haben und diese in Kürze Ihre Gültigkeit (reguläre Gültigkeit der Zertifikate beträgt 5 Jahre) verliert, so werden Sie rechtzeitig von D-Trust darüber informiert. In diesem Fall sollten Sie bitte frühzeitig eine neue Folgekarte ordern, damit Sie nach der automatischen Sperrung der alten Karte weiterhin in der TI arbeiten können. Bitte gehen Sie wie folgt vor:

- Sollten Ihnen Ihre Zugangsdaten (Vorgangsnummer und zugehöriges Passwort) Ihres bisherigen Praxis- oder Institutionsausweises (SMC-B) Antrags vorliegen, können Sie gern über folgenden Link <u>https://ehealth.d-trust.net/antragsportal/login</u> Ihre neue Karte bestellen. Nutzen Sie hierfür, falls vorhanden, bitte den Button *"Folgeantrag stellen"* ansonsten den Button *"Neuen Antrag stellen"*. Bitte prüfen Sie anschließend, ob die dort vorbelegten Daten noch aktuell sind und passen diese bei Bedarf entsprechend an.
- Wenn Ihnen Ihre Zugangsdaten nicht mehr vorliegen, nutzen Sie bitte für die Beantragung Ihrer neuen Karte einen der folgenden Wege:
 - Falls Ihr zuständiger Kartenherausgeber eine vorgelagerte Antragstellung auf ihrem Portal voraussetzt, wenden Sie sich im ersten Schritt bitte direkt an Ihren Kartenherausgeber.
 - Anderenfalls, beantragen Sie Ihre Karte bitte direkt über das D-Trust Antragsportal <u>https://ehealth.d-trust.net</u>.
- Hierbei können Sie die Anleitung für die Bestellung einer neuen SMC-B oder SMC-B ORG nutzen (Seite 4ff).
- Bitte kontaktieren Sie vor der Beantragung der SMC-B Folgekarte Ihr Konnektor Anbieter, um die Aktivierung der neuen SMC-B mit einem zertifizierten Techniker bestmöglich vorzubereiten.



Bestellung einer neuen SMC-B oder SMC-B ORG

1. Schritt – Neuen Antrag stellen

Mit dem Link <u>https://ehealth.d-trust.net/antragsportal/</u> gelangen Sie auf die Startseite des Antragsportals. Für eine SMC-B oder SMC-B ORG wählen Sie bitte mittig "Neuen Antrag stellen".

Herzlich Will Heilberufsau	kommen im Antragsportal für ısweise, Institutionskarten und Institutionszei	rtifikate
Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA)/ Elektronischer Berufsausweis (eBA)	Institutionskarte (SMC-B)	Institutionszertifikate (SM-B)
Neuen Antrag stellen Meine angelegten Anträge aufrufen	<u>Neuen Antrag stellen</u> <u>Meine angelegten Anträge aufrufen</u>	<u>Neuen Antrag stellen</u> Meine angelegten Anträge aufrufen
Archardsense Ar	Ce-trust. smc-b Ce-trust. smc-b Ce-trust. smc-b Ce-trust. smc-b · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Hinwels: Bitte verzichte	n Sie während des Antragsprozesses auf die Browser-l Information zum Antragsprozess eHBA Information zum Antragsprozess SMC-B Information zum Antragsprozess SM-B	Rücksprung-Taste



1.a. Schritt – Mit Vorgangsnummer

Wenn Sie von Ihrem Kartenherausgeber eine **Vorgangsnummer** erhalten haben, muss diese bitte auf der rechten Seite eingeben werden. Ihr Kartenherausgeber ist entweder die für Sie zuständige Kammer, KV, KZV, gematik GmbH oder das eGBR.

/it leerem Antrag beginnen	Mit vorbefülltem Antrag beginnen
tte wählen Sie Ihren Kartentyp Institutionskarte für Einrichtungen weiterer Gesundheitsfachberufe (z.B. Pflege, Geburtshilfe, Heilmittelerbringer) Institutionskarte für eine Apotheke Institutionskarte für eine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung Institutionskarte für eine Krankenhaus /eine Krankenhausapotheke oder eine Privatklinik Praxisausweis für eine Arztpraxis, MVZ und Ambulanzen Praxisausweis für eine Zahnarztpraxis Institutionskarte für weitere Organisationen des Gesundheitswesens Institutionskarte für weitere Organisationen arztlicher Leistungserbringereinrichtungen Institutionskarte für weitere Organisationen arztlicher Leistungen Institutionskarte für weitere Organisationen arztlicher Leistungen Institutionskarte für weitere Institutionskarte für weitere Organisationen arztlicher Leistungen Institutionskarte für weitere Institutionskarte für weitere Institutionskarte für wei	Bitte geben Sie hier die Vorgangsnummer ein, die Sie von ihrem Kartenherausgeber für ihren vorbefüllten Antrag erhalten haben. Vorgangsnummer
i msutuuonskarte turi weitere Organisationen von Rostentragern) Institutionskarte für Digitale Gesundheitsanwendungen (DIGA)) Institutionskarte für Betriebe in den Gesundheitshandwerken	

Nach Betätigung des Buttons *"Zur Antragstellung*" gelangen Sie zu Ihrem vorbefüllten bzw. teilbefüllten Antrag.

d-trust.

1.b. Schritt – Ohne Vorgangsnummer

Andernfalls bitte auf der linken Seite den Kartentyp und den/die zuständige/n Kartenherausgeber bzw. Körperschaft auswählen oder wenn abgefragt die Betriebsstättennummer eingeben. Anschließend mit *"Zur Antragstellung*" bestätigen.

Neuen Antrag stellen	
Mit leerem Antrag beginnen Bitte wahlen Sie Ihren Kartentyp	Mit vorbefülltem Antrag beginnen
Institutionskarte für Einrichtungen weiterer Gesundheitsfachberufe (z.B. Pflege, Geburtshilfe, Heilmittelerbringer) Institutionskarte für eine Apotheke Institutionskarte für eine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung Institutionskarte für eine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung Institutionskarte für eine Apotheke Institutionskarte für eine Arztpraxis, MVZ und Ambulanzen Praxisausweis für eine Arztpraxis, MVZ und Ambulanzen Praxisausweis für eine Zahnarztpraxis Institutionskarte für weitere Organisationen des Gesundheitswesens Institutionskarte für weitere Organisationen arztlicher Leistungserbringereinrichtungen Institutionskarte für weitere Organisationen von Kostenträgern Institutionskarte für Betriebe in den Gesundheitshandwerken	Bitte geben Sie hier die Vorgangsnummer ein, die Sie von Ihrem Kartenherausgeber für Ihren vorbefüllten Antrag erhalten haben. Vorgangsnummer Zur Antragstellung
Betriebsstättennummer* 123456789 Wenn es sich bei der Praxis um eine Praxis sowohl mit Ärzten als auch Psychotherapeuten handelt, empfiehlt sich die Bestellung einer ärztlichen SMC-B. Zur Antragstellung	

2. Schritt – Produkt auswählen

 Pflichtfelder sind im gesamten Antragsportal mit einem Sternchen * markiert.

d-trust.

- Auswahl des entsprechenden Produktes.
- Wenn Sie ein Partnerunternehmen der Bundesdruckerei vermittelt hat, dann können Sie es hier angeben. Falls Sie einen Bestellcode vom Partnerunternehmen erhalten haben, können Sie diesen in das dafür vorgesehene Feld eintragen. Andernfalls lassen Sie das Feld frei.
- Ggfs. müssen Sie einer Erklärung einwilligen, dass Sie die Voraussetzung zur Bestellung einer SMC-B oder SMC-B ORG erfüllen (Abhängig vom Kartenherausgeber).
- Anschließend auf den Button "Weiter" klicken, um den Antragsprozess fortzuführen.

Bite wählen Sie ein Produkt * Standard SMC-B mit Laufzeit von 5 jahren (Arzte) We wurden Sie auf uns aufmerksam? * Eite wählen Sie einen Dienstleister aus. CompuGroup Medical (CGM) Vertriebs- und Servicepartner der CGM Pharmatechnik Concut Sis sersiele Eite wählen Sie einen Dienstleister aus. CompuGroup Medical (CGM) Pharmatechnik Sis sonsite Eite Wahlen Sie einen Bestellcode erhalten haben. tragen Sie diesen bitte hier ein. Merkenden Eite Wahlen Sie einen Bestellcode erhalten haben. tragen Sie diesen bitte hier ein. Merkenden Eite Wahlen Sie einen Produkt * Werkenden Concut Straussetzung zur Bestellung * Herm bestellster heine neiter einen Bestellcode erhalten haben. tragen Sie diesen bitte hier ein. Merkenden Eiter Sie von einem Rezeller einen Bestellcode erhalten haben. tragen Sie diesen bitte hier ein. Merkenden Eiter Sie von einem Rezeller einen Bestellcode erhalten haben. tragen Sie diesen bitte hier ein. Merkenden Eiter Sie von einem Rezeller einen Bestellcode erhalten haben. tragen Sie diesen bitte hier ein. Merkenden Eiter Sie von einem Rezeller einen Bestellcode erhalten haben. tragen Sie diesen bitte hier ein. Merkenden Eiter Sie von einem Rezeller einen Bestellcode erhalten haben. tragen Sie diesen bitte hier ein. Merkenden Eiter Sie von einem Rezeller einen Bestellcode erhalten haben. tragen Sie diesen bitte hier ein. Merkenden Eiter Sie von einer Besteller einen Bestellcode erhalten haben. Tragen Sie diesen bitte hier ein. Merkenden Eiter Sie diener Einzelpraxis und in einer Berufaussubungsgemeinschaft (BAG/ÜBAG) ist in der Regel ein zugelassener Arz. Sie willigen hiermit in die Verwendung Ihrer Zertfikatssteten zur Artrags- und dechtmikationsprüfung durch die zustandige NV m Rahmen des Prozesses zur Erstellung der beteilten Karten- und Zertfikatsprozituge und der Verwendung Ihrer Statsasgehöngelter Zusperkendung- und Zertfikatsprozituge für der der Zuskunt weiter und Perkendung Ihrer Zastasgehöngehörter Zusperkendung Ihrer Zertfikatssteten zur Artrags- und Identifikatinsprüfung	rodukt		* Pflichtfelder
 Latdraid SMC-B mit laufzeit von 5 Jahren (Årzte) Charten Charte	Bitte wählen Sie ein Produkt *		Sie benötigen Hilfe?
Standard SMC-B mit Laufzeit von S Jahren (Årzte) • + 49 (0)30 2598 4050 Sie erreichen uns aufmerksam? * • + 49 (0)30 2598 4050 Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? * • + 49 (0)30 2598 4050 Sie erreichen uns montags bis freitags von 8:00 - 18:00 Uhr. • + Häufig gestellte Fragen Wie wurden Sie einen Dienstleister aus. • OrapuGroup Medical (CGM) • + 49 (0)30 2598 4050 Sie prize von die einen Dienstleister aus. • OrapuGroup Medical (CGM) • + 49 (0)30 2598 4050 Pharmatechnik • Orat • Sonstige Bestellcode • Sonstige Bestellcode • Mwenden Voraussetzung zur Bestellung * • Mwenden Hiermit bestigte in einer HBA zu bestzen bazu diesen beantragt zu haben. • Hiermit bestigte in einer MZ einer Finzepraxis und n einer Berufsaussbungsgemeinschaft (BAC/IDAG) ist in der Regel ein zugelassener Arzt, bei einem MZ einer der darzlichen Letter vertreitugs- und zeichnungsberechtigt. In einer Einzelpraxis oder Berufsaussbungsgemeinschaft angestellte Arzte sind dafur nicht berechtigt. Be Unkläncheten wenden Sie sich bitte an ihre KV. Se willigen hiermit in die Verwendung Ihrer Zertfikatsdaten zur Antrags- und Identifikationsprüfung durch die zuständige KV im Rahmen des Prozesses zur Erstellung der bestellten Karten. und Zertfikatsprodukte und der Verwendung Ihrer Zertfikatsprodukter und der Verwendung Ihrer Zertfikatsprodukter und der Verwendung Ihrer Zertfikatsprodukter und der Verwendung Ihrer Zertfikatsprodukter und der Verwendung I			ehealth-support@bdr.de
Laure Course your course Set (c) be the course of the	Standard SMC-B mit		§ +49 (0)30 2598 4050
Sub einer Einzelpraks und inere Bestellung* Erklärungen Voraussetzung zur Bestellung* Henne HSA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Voraussetzung zur Bestellung* Henne HSA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Voraussetzung zur Bestellung* Henne HSA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Voraussetzung zur Bestellung* Henne HSA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Voraussetzung zur Bestellung* Henne HSA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Voraussetzung zur Bestellung* Henne HSA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Voraussetzung zur Bestellung* Henne HSA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Voraussetzung zur Bestellung* Henne HSA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Voraussetzung zur Bestellung* Henne HSA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Meinen HERA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Meinen HERA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Meinen HERA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Meinen HERA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Meinen HERA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Meinen HERA zu besten bank, diesen beantragt zu haben. Erklärungen Meinen HERA zu besteller Arzte sind däfür nicht berechtigt. Be Unklärheiten wenden Sie sich hitte an Ihre Ku Ste willigen hiermit in die Verwendung Ihrer Zertifikatsgenzur Arzt, beiener Binzelpraxis oder Beantsgehörigkeit zur Exporktontroil- und Sanktionsitzenprüfung ein. Weitere Informationen enthehmen Sie sich bitte unserer Datassandengingkeit zur Exporktontroil- und Sanktionsitzenprüfung ein. Weitere Informationen enthehmen Sie sich bitte unserer Datassangehörigkeit zur Exporktontroil- und Sanktionsitzenprüfung ein. Weitere Informationen enthehmen Sie bitte unserer Datassangehörigkeit zur Exporktontroil- und Sanktionsitzenprüfung ein. Weitere Informationen enthehmen Sie bit	(Ärzte)		
Häufig gestellte Fragen Bitte wählen Sie einen Dienstleister aus. OmpuGroup Medical (CGM) Vertriebs- und Servicepartner der CGM Dienstleister vor Ort der CGM Pharmatechnik Concat Sonstige Betellende Sofern Sie von einem Reseller einen Bestellkode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein. +			freitags von 8:00 - 18:00 Uhr.
Bitte wählen Sie einen Dienstleister aus. CompuGroup Medical (CGM) Vertrebs- und Servicepartner der CGM Dienstleister vor Ort der CGM Pharmatechnik Concat Sonstige Betelleder Befort Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein. Image: Service Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein. Image: Service Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein. Image: Service Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein. Image: Service Sie von einem Reseller einen Bestelloude erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein. Image: Service Sie von einem Reseller einen Bestelloude erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein. Image: Service Sie von Sie von einem HERA zu bestellten bax. diesen beantragt zu haben. Ich infür die medianitisch leiner HERA zu bestellen bax. diesen beantragt zu haben. Ich infür die medianitische Institution, für die lei Ich den Pravisausubungsgemeinschaft (BAC/UBAG) ist in der Regel ein zugelassener Arzt, bei einem MVZ einer der arztlichen Leiter vertretungs- und zeichflikationsprüfung durch die zuständige KV in Rahmen des Prozesses zur Erstellung der bestellen Karten- und Zertifikatsprodukte und der Verwendung Ihrer Staatsangelofigiet zur Exportkontrol- und Sanktionslisten prüfung ein. Witeiner Införmationen entintenten Einstelliner Karten- Der Zertifika	Wie wurden Sie auf uns aufmerk	sam? *	Häufig gestellte Fragen
 CompuGroup Medical (CGM) Vertriebs- und Servicepartner der CGM Dienstleister vor Ort der CGM Pharmatechnik Concat Sonstige Bestellcode sofern Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein.	Bitte wählen Sie einen Dienstleister au	5.	
 Vertriebs- und Servicepartner der CGM Vertriebs- und Servicepartner der CGM Dienstleister vor Ort der CGM Pharmatechnik Concat Sonstige Bestellcode sofern Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein.	CompuGroup Medical (CGM)		
Dienstleister vor Ort der CGM Pharmatechnik Concat Sonstige Bestellcode Sofern Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein. +	Vertriebs- und Servicepartner der CG	M	
Pharmatechnik Concat Sonstige Bestellcode Sofern Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein.	Dienstleister vor Ort der CGM		
 Concat Sonstige Bestellcode Sofern Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein. Anwenden Erklärungen Voraussetzung zur Bestellung *	O Pharmatechnik		
Sonstige Extellacide Serem Sie von einem Reseller einen Bestellacide erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein. Anwenden Erklärungen Voraussetzung zur Bestellung * Hiermit bestätige ich einen eHBA zu besitzen bzw. diesen beantragt zu haben. Ich bin für die medizinische Institution, für die ich den Praxisausweis beantrage, vertretungs- und zeichnungsberechtigt. Hinweis: Bei einer Einzelpraxis und in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG/ÜBAG) ist in der Regel ein zugelassener Arzt, bei einem MVZ einer der ärztlichen Leiter vertretungs- und zeichnungsberechtigt. Kinweis: Bei einer Einzelpraxis und in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG/ÜBAG) ist in der Regel ein zugelassener Arzt, bei einem MVZ einer der ärztlichen Leiter vertretungs- und zeichnungsberechtigt. In einer Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft angestellte Ärzte sind dafür nicht berechtigt. Eel Unklarheiten wenden Sie sich bitte an Ihre KV. Sie willigen hiermit in die Verwendung Ihrer Zertfikkatsdaten zur Antrags- und Identfikationsprüfung durch die zuständige KV mahnmen des Prozesses zur Erstellung der bestellten Karten- und Zertifikatsprodukte und der Verwendung Ihrer Staatsangehörigkiet zur Exportkontroll- und Sanktionslistenprüfung ein. Weitere Informationne entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerkärung (Sieben Link). Ihre Einwilligung Können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunktiv dierrufen. Der Widerruf erfolgt über ehealth-support@bdr.de oder Sie senden uns Ihren unterschriebenen Widerruf postalisch an Bundesdruckerei GmbH, co D-TRUST GMBH, Antragsbearbeitung, Kommandantenstraße TS, 10969 Berlin unter Angabe Ihrer Antrags.D wur Authenetfirberune. Der Verderfirbat zur Erden	Concat		
Bestellcode stern Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein.	Sonstige		
Sofern Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein.	Bestellcode		
Anwenden	Sofern Sie von einem Reseller einen Bestellco	de erhalten haben, tragen Sie diesen bitte hier ein.	
Erklärungen Voraussetzung zur Bestellung * Hiermit bestätige ich einen eHBA zu besitzen bzw. diesen beantragt zu haben. Ich bin für die medizinische Institution, für die ich den Praxisausweis beantrage, vertretungs- und zeichnungsberechtigt. Hinweis: Bei einer Einzelpraxis und in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG/ÜBAG) ist in der Regel ein zugelassener Arzt, bei einem MVZ einer der ärztlichen Leiter vertretungs- und zeichnungsberechtigt. In einer Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft angestellte Ärzte sind dafür nicht berechtigt. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an Ihre KV. Sie willigen hiermit in die Verwendung Ihrer Zertifikatsdaten zur Antrags- und Identifikationsprüfung durch die zuständige KV 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 Komman Antenstreiten mit in die Zukunt 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-D zur Authentfifikation. Der	+	Anwenden	
Analysia za Asarenanzerung, der muertur nachte spertung der zerunkate zur rüge.	ErKlarungen Voraussetzung zur Bestellung * Hiermit bestätige ich einen eHBA zu besitzen bzw. Ich bin für die medizinische Institution, für die ich Hinweis: Bei einer Einzelpraxis und in einer Berufs bei einem MVZ einer der ärztlichen Leiter vertretu Berufsausübungsgemeinschaft angestellte Ärzte s KV. Sie willigen hiermit in die Verwendung Ihrer Zertifi im Rahmen des Prozesses zur Erstellung der best Staatsangehörigkeit zur Exportkontroll- und Sankt Datenschuzerklärung (siehe Link). Ihre Einwilligur Widerruf erfolgt über ehealth-support@bdr.de od Bundesdruckerei GmbH, c/o D-TRUST GMBH, Antr Antrags-ID zur Authentifizierung. Der Widerruf hai	diesen beantragt zu haben. den Praxisausweis beantrage, vertretungs- und zeichnungsberecht ausübungsgemeinschaft (BAG/ÜBAG) ist in der Regel ein zugelasse ngs- und zeichnungsberechtigt. In einer Einzelpraxis oder ind dafür nicht berechtigt. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte a katsdaten zur Antrags- und Identifikationsprüfung durch die zustär ilten Karten- und Zertifikatsprodukte und der Verwendung Ihrer inslistenprüfung ein. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte. g können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der er Sie senden uns Ihren unterschriebenen Widerruf postalisch an agsbearbeitung. Kommandantenstraße 15, 10969 Berlin unter Ang- die Sperrung der Zertifikate zur Folge.	igt. ner Arzt, n Ihre ndige KV unserer abe Ihrer



3. Schritt – Antragstellerdaten eingeben/überprüfen

- Wenn Sie im ersten Schritt eine Vorgangsnummer eingetragen und bestätigt haben, wird Ihnen nun ein vorbefülltes Formular angezeigt. Bitte überprüfen oder ergänzen Sie diese Angaben – soweit vom Kartenherausgeber im Rahmen der Vorbefüllung erlaubt – in diesem Schritt.
- Wenn Sie mit einem leeren Formular beginnen, füllen Sie dieses bitte entsprechend aus.
- Ärzte und Psychotherapeuten müssen bitte noch die lebenslange Arztnummer (LANR) eingeben.

Antragsteller	* Pflichtfelder
Persönliche Daten des Antragstellers Bitte geben Sie die Daten wie auf Ihrem Personalausweis/Reisepass angegeben an Titel	Sie benötigen Hilfe? ehealth-support@bdr.de & +49 (0)30 2598 4050 Sie erreichen uns montags bis freitags von 8:00 - 18:00 Uhr.
Vornamen *	Häufig gestellte Fragen
Nachname *	
Staatsangehörigkeit Deutschland 🗸	
Geburtsdatum * TT . MM . III	
Geburtsort *	
3erufsdaten	
LANR*	

4. Schritt – Art der Identifizierung

Auswahl eines Identifizierungsverfahrens:

• **Identifiziert durch identity.tm:** Wählen Sie dieses Verfahren aus, wenn Sie sich bereits vorab durch Mitarbeiter der Bundesdruckerei/D-Trust, durch unseren Dienstleister CGM (CGM EASY Ident) oder durch einen entsprechend geschulten Mitarbeiter Ihres Unternehmens identifiziert wurden.

d-trust.

- **Postident:** Mit einem personalisierten Link werden Sie auf die Seiten der Deutschen Post geleitet. Dort haben Sie die Möglichkeit, zwischen zwei Verfahren zu wählen:
 - Klassisches Postident, das in der Deutschen Post-Filiale Ihrer Wahl durchgeführt wird oder
 - Online-Identifizierung mit der eID-Funktion Ihres Personalausweises
 bequem von daheim.

Art der Identifiz	ierung		÷
Entsprechend der Herausgaberi Praxis/Institutionsausweis ident	chtlinie der gematik müssen Sie sich als Antr ifizieren lassen.	agsteller für einen	
Dies gilt ab 01. April 2023. Bitte füllen Sie dazu die folgende	en Felder aus. Alle weiteren notwendigen Inf	ormationen	
erhalten Sie mit Ihren Antragsur	nterlagen am Ende dieser Beantragung.		
	🔘 Identifiziert durch identity.tm 🧿		L
Identifizierungsmethode *	O Postident 🥐		



4.a. Bereits identifiziert

Bitte geben Sie den **14-stelligen Code** ein, den Sie nach der Identifizierung von unserem Identifizierungsdienstleister **Identity TM** per E-Mail erhalten haben.

4.b. Postident

Ausweisdokument auswählen (Auswahl zwischen Aufenthaltstitel, Personalausweis und Reisepass); Bitte verwenden Sie das gültige Ausweisdokument, das Sie auch zur Identifizierung nutzen werden bzw. bereits genutzt haben.

! Bitte lassen Sie sich bei einer nachgelagerten Identifizierung mit dem hier gewählten Ausweisdokument identifizieren.

Ausweisdaten entsprechend des jeweiligen Ausweises eintragen.

Ausweisdokument *	Aufenthaltstitel (?) Personalausweis (?) Reisepass (?)		
Ausweisnummer*]
Tag der Ausstellung*			
Gültig bis *			
Ausstellende Behörde*		?	
Ausstellendes Land *	Deutschland	~	



5. Schritt – Meldeadresse

Bitte die Meldeadresse entsprechend Ihres Ausweisdokuments eintragen.

wohnhaft bei			
	In diesem Feld können Sie zusätzliche Zustellhinweise aufnehmen, die die Anschrift präzisieren		
Straße *]	
Hausnummer			
Anschriftenzusatz		?	
Postleitzahl *]	
Ort*]	
Land *	Deutschland Y	1	

6. Schritt – Kontaktdaten

 Bitte geben Sie Ihre Mobilfunknummer im angegebenen Format ein. Die Mobilfunknummer ist f
ür wichtige Informationen zu Ihren bestellten Zertifikaten.
 Die Mobilfunknummer muss in folgendem Format eingegeben werden:

d-trust.

0049151123456789 oder +49151123456789 0049 bzw.+49 ist die Landesvorwahl, 151123456789 ist die Mobilfunknummer ohne führende "0". Es dürfen nur Ziffern und keine anderen Zeichen eingegeben werden.

- Bitte tragen Sie die E-Mail-Adresse ein, über die Sie wichtige Informationen zum Status Ihres Antrages erhalten möchten.
- Anschließend auf den Button *"Weiter"* klicken, um den Antragsprozess fortzuführen.

Telefonnummer *		
	Beispiel: 004930123456789 ODER 0049172123456789	
	Die Telefonnummer ist für wichtige Informationen zu Ihrer bestellten Karte 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 bzw. 172 ist die Vorwahl des Mobilfunkanbieters 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.	0
Zurück	Weiter	



7. Schritt – Institutionsdaten

- Bitte die Daten (Name, Adresse, Kontaktdaten) der Institution eintragen.
- Die Betriebsstättennummer (Apotheker = Apotheken-Nr.) eingeben. Dies ist ein identifizierendes Merkmal für die Betriebsstätte und wird im Zertifikat gespeichert.
- Wenn eine Auswahl möglich ist, die Art der Betriebsstätte im Dropdown-Liste auswählen.

		* Pflichtfelder
		Sie benötigen Hilfe?
Praxisname *		ehealth-support@bdr.de
	Dieser Wert wird im Zertifikat gespeichert. Die Institution wird Inhaber des Praxisausweises.	Sie erreichen uns montags bis freitags von 8:00 - 18:00 Uhr.
etriebsstättennummer *	123456789	Häufig gestellte Fragen
	ldentifizierendes Merkmal für die Betriebsstätte. Dieser Wert wird im Zertifikat gespeichert.	-
Patriabertätta	Retrichertätte Aret	
betriebsstatte	betriebsstatte Arzt	
dresse der Pra	xis	
e geben Sie hier Ihre aktuelle	Praxisanschrift an. Diese muss entsprechend bei Ihrer	
tändigen KV geführt sein.		_
Straße *		
Hausnummer		
Anschriftenzusatz		0
Postleitzahl *		
Ort*		1
Land	Deutschland 🗸	
ontaktdaten de	er Praxis	
Telefon		
Mobil		
E-Mail		
		_
Zurück	Weiter	



8. Schritt – Bestellung

- Anzahl der gewünschten Karten eintragen. (Es sind max. 20 Karten bestellbar.) Einzelpraxen benötigen in der Regel nur eine SMC-B.
- In diesem Schritt sehen Sie den Preis pro Karte, sowie den Gesamtpreis. Informationen zum für Sie gültigen Preis finden Sie in unserer <u>Produktinformation</u>.
- Service-Passwort für Freischaltung und Sperrung festlegen. Sie können das vorgeschlagene Passwort übernehmen oder ein eigenes definieren. Sie müssen sich das Passwort nicht notieren, da es in Ihrem Antragsausdruck angegeben wird.

Bestellung	* Pflichtfelder
Anzahl Praxisausweise Wie viele Praxisausweise möchten Sie bestellen? Anzahl gewünschter Praxisausweise *	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 Praxisausweis(e), zahlbar innerhalb von 30 Tagen ab Tag der Rechnungsstellung.	
Preis pro Praxisausweis 390.76 € Gesamtpreis 390.76 €	
Freischaltung/Sperrung Sie benötigen zur Freischaltung Ihrer Karte ein Service-Passwort. Dieses Service-Passwort können Sie später außerdem dazu benutzen, Ihre Karte im Fall eines möglichen Missbrauchs sofort zu sperren. Wir haben Ihnen als Vorschlag Service-Passworte generiert, die Sie auch durch eigene Passworte ersetzen können. Das Service-Passwort muss aus 6-20 Zeichen bestehen, und es dürfen nur Ziffern, Groß- und Kleinbuchstaben verwendet werden. Bitte nutzen Sie keine Trivialpassworte wie z. B. Ihren Namen, 'Geheimnis' oder Ihren Geburtstag. Die Service-Passworte finden Sie auch im Antrags-PDF, das Ihnen am Ende des Bestellprozesses zum Download und/oder Ausdruck angeboten wird.	
Service-Passwörter Praxisausweis 01* FMQLOw19	



• Zu Ihrer Sicherheit ist die Praxisadresse auch als Lieferadresse vordefiniert

d-trust.

- Wenn die Rechnung an eine abweichende Anschrift versendet werden soll, dann haben Sie nun die Möglichkeit, eine alternative Adresse einzugeben. Bitte beachten Sie, dass der Rechnungsempfänger Vertragspartner von D-Trust GmbH wird.
- Bitte wählen Sie die von Ihnen bevorzugte Rechnungsversandart aus.
 Wenn Sie E-Mail auswählen, dann tragen Sie bitte noch die gewünschte E-Mail-Adresse ein.

Liefernderen t	
Lieferadresse *	Meldeadresse Praxisadresse
Name	Erika Mustermann
Straße	Musterstr.
PLZ / Stadt	12345 Musterstadt
Land	Deutschland
	🕼 bearbeiten
chnungsansch Wählen Sie "Meldeadres Trust GmbH	sse" aus, werden Sie selbst als Privatperson Vertragspartner der D-
chnungsansch Wählen Sie "Meldeadres Trust GmbH. Bezahlen innerhalb von	sse" aus, werden Sie selbst als Privatperson Vertragspartner der D- 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung.
chnungsansch Wählen Sie "Meldeadres Trust GmbH. Bezahlen innerhalb von Rechnungsadresse *	 aus, werden Sie selbst als Privatperson Vertragspartner der D- 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung. Meldeadresse Praxisadresse andere Adresse
Wählen Sie "Meldeadres Trust GmbH. Bezahlen innerhalb von	ese" aus, werden Sie selbst als Privatperson Vertragspartner der D- 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung.
Chnungsansch Wählen Sie "Meldeadres Trust GmbH. Bezahlen innerhalb von Rechnungsadresse * Name	ase" aus, werden Sie selbst als Privatperson Vertragspartner der D- 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung. Meldeadresse Praxisadresse andere Adresse Erika Mustermann
chnungsansch Wählen Sie "Meldeadres Trust GmbH. Bezahlen innerhalb von Rechnungsadresse * Name Straße	ase" aus, werden Sie selbst als Privatperson Vertragspartner der D- 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung. Meldeadresse Praxisadresse andere Adresse Erika Mustermann Musterstr.
Chnungsansch Wählen Sie "Meldeadres Trust GmbH. Bezahlen innerhalb von Rechnungsadresse * Name Straße PLZ / Stadt	Ser aus, werden Sie selbst als Privatperson Vertragspartner der D- 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung. Meldeadresse Praxisadresse andere Adresse Erika Mustermann Musterstr. 12345 Musterstadt
Chnungsansch Wählen Sie "Meldeadres Trust GmbH. Bezahlen innerhalb von Rechnungsadresse * Name Straße PLZ / Stadt Land	exe" aus, werden Sie selbst als Privatperson Vertragspartner der D- 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung. Meldeadresse Praxisadresse andere Adresse Erika Mustermann Musterstr. 12345 Musterstadt Deutschland



- Bitte geben Sie Ihre USt-IdNr. an, wenn der Rechnungsempfänger/Vertragspartner eine besitzt.
- Bitte wählen Sie die von Ihnen bevorzugte Rechnungsversandart aus. Wenn Sie E-Mail auswählen, tragen Sie bitte noch die gewünschte E-Mail-Adresse ein.
- Bitte wählen Sie das von Ihnen bevorzugte Zahlverfahren aus. Beachten Sie bitte, dass Sie bei der Auswahl von "Kauf auf Rechnung" den gesamten Rechnungsbetrag einmalig überweisen müssen. Die Auswahl von "Lastschriftverfahren" bietet Ihnen eine größere Flexibilität. So können Sie eine quartalsweise, halbjährliche oder jährliche Zahlweise auswählen.

Wenn der Rech	. e u e r nesempfänger (s.o.) eine Umsatzsteuer-Identifikationsnummer (USt-IdNr.)	
hat, muss diese	ier angegeben werden.	
	USUD	
Rechnu	gsversand	
Bitte geben Sie	er die gewünschte Versandart für Ihre Rechnung an.	
Rechnu	gsversand * 💿 Post 🔘 E-Mail	
Zahlver	ahren	
Bitte geben Sie	er die gewünschte Zahlungsart an.	
Za	iverfahren * 💿 Kauf auf Rechnung 🧑 🔵 Lastschriftverfahren	



10. Schritt – Zusammenfassung Antragssteller-/Praxisdaten

In diesem Schritt werden Ihnen alle eingegebenen bzw. übernommenen Daten angezeigt. Bitte überprüfen Sie diese Daten noch einmal und korrigieren Sie diese bei Bedarf.

Bitte überprüfen Sie Ihre	Sie benötigen Hilfe?		
Antragsteller		🕼 bearbeiten	ehealth-support@bdr.de & +49 (0)30 2598 4050
Persönliche Daten des Antragstellers			
Titel Vornamen Nachname Staatsangehörigkeit Geburtsdatum	Erika Mustermann Deutschland 10.09.1978		freitags von 8:00 - 18:00 Uhr. Häufig gestellte Fragen
Berufsdaten			
LANR	123456789		
Kontaktdaten			
Telefonnummer E-Mail	0049151123456 erika.mustermann@mail.de		
Praxisdaten		🕼 bearbeiten	
	Musterpraxis		
Praxisname			
Praxisname Betriebsstättennummer Betriebsstätte	123456789 Betriebsstätte Arzt		
Praxisname Betriebsstättennummer Betriebsstätte Adresse der Praxis	123456789 Betriebsstätte Arzt		
Praxisname Betriebsstättennummer Betriebsstätte Adresse der Praxis Straße Hausnummer Anschriftenzusatz	123456789 Betriebsstätte Arzt Musterstraße		
Praxisname Betriebsstättennummer Betriebsstätte Adresse der Praxis Straße Hausnummer Anschriftenzusatz Postleitzahl Ort	123456789 Betriebsstätte Arzt Musterstraße 12345 Berlin Deutschland		
Praxisname Betriebsstättennummer Betriebsstätte Adresse der Praxis Straße Hausnummer Anschriftenzusatz Postleitzahl Ort Land	123456789 Betriebsstätte Arzt Musterstraße 12345 Berlin Deutschland		
Praxisname Betriebsstättennummer Betriebsstätte Adresse der Praxis Straße Hausnummer Anschriftenzusatz Postleitzahl Ort Land Kontaktdaten der Praxis Telefon	123456789 Betriebsstätte Arzt Musterstraße 12345 Berlin Deutschland		

11. Schritt – Zusammenfassung Bestellung

Bitte überprüfen Sie die Bestellung sowie die Angaben zur Bestellung und korrigieren Sie diese bei Bedarf.

Bestellung	C bearbeiten	
Anzahl Praxisausweise		
Anzahl gewünschter Praxisausweise	1	L
Preis		
Das ist der Netto-Preis in Euro (zzg Rechnungsstellung.	. MwSt.) für Ihre Praxisausweis(e), zahlbar innerhalb von 30 Tagen ab Tag der	L
Preis pro Praxisausweis Gesamtpreis	390.76 €	L
Freischaltung/Sperrung		
Ihre Service-Passwörter		
Praxisausweis 01	FMQLOw19	
Lieferanschrift		
Praxisadresse		
Rechnungsanschrift		н
Praxisadresse		
Rechnungsversand		
Post		



12. Schritt – Einwilligung

- Bitte geben Sie Ihre Einwilligung zu den gelisteten Erklärungen. Die mit * markierten Felder sind Pflichtfelder.
- Veröffentlichung im Verzeichnisdienst: Wir empfehlen Ihnen, dieses Feld auszuwählen, da es für Sie den Vorteil bietet, dass Sie ihre SMC-B bzw. SMC-B ORG auch außerhalb der Telematikinfrastruktur beispielsweise für eine E-Mail Signatur nutzen können.
- Mit der Auslösung der zahlungspflichtigen Bestellung schließen Sie den Bestellprozess ab.

rkiarungen			
	 Veröffentlichung im Verzeichnisdienst 	?	
	Ich willige hiermit in die Veröffentlichung meiner Zertifikate in der Online-Zertifikatsdatenbank des Vertrauensdiensteanbieters D-Trust GmbH ein. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Bei Widerruf stehen meine Zertifikate zukünftig nicht mehr zum öffentlichen Abruf außerhalb der Telematik-Infrastrukur zur Verfügung. Die Funktionsfähigkeit der SMC-B Karte innerhalb der Telematik- Infrastruktur wird hiervon nicht berührt. Der Widerruf ist schriftlich an D-Trust GmbH, Antragsbearbeitung, Kommandantenstraße 15, 10969 Berlin zu richten.		
	✓ D-Trust AGB *		
	Ich habe die <u>AGB</u> der D-Trust GmbH für D-Trust-Produkte zur Kenntnis genommen.		
	✓ Kein Widerrufsrecht bei Bestellung eines Zertifikatspro	odukts *	l
	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 Geschäftsführerin Andrea Kyre LLM., Kommandantenstraße 15, 10969 Berlin.		
	Pflichten des Zertifikatnehmers *		
	Ich habe die Anlage <u>Pflichten des Zertifikatsnehmers</u> zur Kenntnis genommen und werde die dort aufgeführten Pflichten wahrnehmen.		
Zurück	Zahlungspflichtig bestellen		
Zurück	Zahlungspflichtig bestellen		



13. Schritt – Antrag anzeigen und ausdrucken

- Wenn Sie den Button *"Zahlungspflichtig bestellen*" angeklickt haben, sehen Sie nun eine kurze Zusammenfassung.
- Bitte klicken Sie auf "Antrag ausdrucken" und drucken Sie den Antrag bitte aus oder speichern Sie diesen ab. In dem Antragsausdruck finden Sie auch die Vorgangsnummer und das Passwort. Diese Angaben benötigen Sie, um sich den Antrag im Portal ansehen zu können, Statusinformationen zu erhalten oder den Antrag zu korrigieren (bis zur endgültigen Freigabe durch die Kammer möglich) zu können.
- Zusätzlich haben Sie hier noch einmal die Möglichkeit den Antrag zu korrigieren.





Die weitere Abwicklung Ihres Antrags, inklusive der Einholung der Freigabe durch Ihre zuständige Kammer, KV, KZV, DKTIG, gematik GmbH oder eGBR erfolgt automatisch durch D-Trust.

Abhängig von der Freigabe des Kartenherausgebers, kann die Auslieferung der Karte 2 bis 3 Wochen dauern.

Supportunterstützung

Wenn Sie Fragen haben oder weitere Informationen benötigen, so kontaktieren Sie bitte **unsere Hotline**.

Sie ist Montag bis Freitag von 8:00 bis 18:00 Uhr unter der Telefonnummer +49 (0)30 2598 4050 erreichbar.