



Was ist der Praxisausweis (SMC-B)?

Nur mit dem elektronischen Praxisausweis, auch SMC-B genannt, kann eine Praxis an der Telematik-Infrastruktur teilnehmen. Mit dem Praxisausweis identifiziert sich die Praxis in der Telematik-Infrastruktur. Sie wird für eine Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte ausgestellt und in das Praxisausweislesegerät gesteckt und erlaubt im Zusammenhang mit weiteren technischen Voraussetzungen den Zugang zur Telematik-Infrastruktur.

Damit sichergestellt ist, dass nur berechtigte Nutzer Zugang zur Telematik-Infrastruktur erhalten, gelten für die Ausgabe der Praxisausweise besondere Sicherheitsanforderungen: Vertragsärzte/-psychotherapeuten können ihren Praxisausweis nur bei einem von der gematik zugelassenen Praxisausweishersteller beantragen. Dieser Anbieter holt bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung darüber ein, dass der Antragssteller tatsächlich Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut ist und somit Anspruch auf einen Praxisausweis hat. Die Praxis erhält danach den Praxisausweis per Post sowie in einer separaten Sendung die PIN für den Praxisausweis zugeschickt. Die PIN muss an einem sicheren Ort aufbewahrt werden. Die PIN wird für die erstmalige Aktivierung des Praxisausweises sowie für die generelle Nutzung benötigt. Nach bisherigen Erfahrungen sollte abhängig vom Antragsaufkommen mit etwa zwei bis drei Wochen Wartezeit von der Antragsstellung bis zum Empfang von Praxisausweis und PIN gerechnet werden. Nach Erhalt des Praxisausweises muss dieser noch über einen Online-Link freigeschaltet werden.

Derzeit (Januar 2018) gibt es nur einen zertifizierten Praxisausweishersteller, die Bundesdruckerei GmbH. Nach unseren Informationen werden weitere folgen.

Antragsportal der Bundesdruckerei GmbH



Start

Rufen Sie das Antragsportal der Bundesdruckerei GmbH auf. Das Portal steht sowohl über das Internet als auch über das Sichere Netz der KVen (KV-SafeNet* und KV-FlexNet) zur Verfügung.

- Antragsportal im **Internet**: <https://ehealth.d-trust.net/antragsportal/>
- Antragsportal im **Sicheren Netz**: <https://dtrust.kv-safenet.de/antragsportal/>

* Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.



Klicken Sie hier auf „Neuen Antrag stellen“:

Wählen Sie hier aus, ob Sie einen „Antrag für eine Arztpraxis“ oder einen „Antrag für eine Praxis eines nichtärztlichen Psychotherapeuten“ stellen wollen.

Im Feld „Betriebsstättennummer“ geben Sie bitte die Nummer der Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte an, für die Sie den Praxisausweis beantragen wollen. Sofern für mehrere Betriebsstätten ein Praxisausweis benötigt wird, muss **je Betriebsstätte ein separater Antrag** gestellt werden.

Bitte achten Sie hier unbedingt auf die korrekte Eingabe Betriebsstättennummer.



Staat

Staatsangehörigkeit

Geburtsdaten

Geburtsdatum* . .

Geburtsort*

Berufsdaten

Bitte geben Sie hier Ihre 9-stellige lebenslange Arztnummer (LANR) ein.

LANR*

Bei der Angabe der Adressdaten achten Sie unbedingt auf die **Angabe eines Ortsteiles**, sofern Ortsteile offiziell Bestandteil Ihrer Meldeadresse sind. Unter Meldeadresse ist Ihr beim Einwohnermeldeamt angezeigter Hauptwohnsitz gemeint. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die **Post nicht zugestellt werden kann** und Sie somit **keine Informationen zur Freischaltung Ihres Praxisausweises** erhalten. Ortsteile können Sie entweder im Feld „Anschriftenzusatz“ oder im Feld „Ort“ neben dem Ortsnamen (z. B. Dessau-Roßlau OT Dessau) eintragen.

Meldeadresse

c/o ?

Straße*

Hausnummer*

Anschriftenzusatz

Postleitzahl*

→ Ort*

Land*



Anleitung zur Bestellung des Praxisausweises bei der Bundesdruckerei GmbH

Bitte achten Sie bei diesem Feld bei der Angabe der Telefonnummer auf die korrekte Eingabe! Verwenden Sie die **Landesvorwahl** (für Deutschland die **0049**) und **lassen sie die 0 bei Ihrer Ortsvorwahl/Handyvorwahl weg (z. B. statt 0152 als Angabe die 0049152)**.

Geben Sie die Ziffern hintereinander **ohne Leer- oder Sonderzeichen** ein.

Es empfiehlt sich, hier eine Mobilfunknummer zu verwenden, da der TAN-Code zur Freischaltung des Praxisausweises mittels SMS übermittelt werden kann.

Kontaktdaten

Telefon, Fax, E-Mail des Antragstellers

➔ Telefonnummer * ?

Beispiel: 0049 30 123456789

Die Telefonnummer ist für wichtige Informationen zu Ihrer bestellten Karte bzw. der darauf enthaltenen Zertifikate 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.

Fax

E-Mail * ?

Für wichtige Informationen zu Ihrer bestellten Karte bzw. der darauf enthaltenen Zertifikate.

Bitte geben Sie hier Ihre
E-Mailadresse ein.

③ Institution

Im Feld „Praxisname“ geben Sie bitte den Namen Ihrer Praxis ein. Dies ist üblicherweise der Titel, der Vorname, der Name des Inhabers der Praxis bzw. der Partner der Berufsausübungsgemeinschaft oder die vertragsarztrechtlich korrekte Bezeichnung des Medizinischen Versorgungszentrums. Die Inhalte der Felder „Betriebsstättennummer“ und „Betriebsstätte“ werden automatisch vorbelegt.

<input checked="" type="radio"/> Start	<input checked="" type="radio"/> Antragsteller	<input type="radio"/> Institution	<input type="radio"/> Bestellung	<input type="radio"/> Erklärungen	<input type="radio"/> Abschluss
--	--	--	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Institution

* Pflichtfelder

➔ Praxisname *
Dieser Wert wird im Zertifikat gespeichert.

Betriebsstättennummer *
Identifizierendes Merkmal für die Institution. Dieser Wert wird im Zertifikat gespeichert.

Betriebsstätte *

Sie benötigen Hilfe?

ehhealth-support@bdr.de

☎ +49 (0)30 2598 4050

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

[Häufig gestellte Fragen](#)

Antragsübersicht

Die Gesamtübersicht über Ihre Anträge und Karten finden Sie hier.

[Übersicht öffnen](#)

Bei der Angabe der Adressdaten achten Sie unbedingt auf die **Angabe eines Ortsteils**, sofern Ortsteile offiziell Bestandteil Ihrer Praxisadresse sind. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die **Post nicht zugestellt werden kann** und Sie somit **keine Informationen zur Freischaltung Ihres Praxisausweises** erhalten. Ortsteile können Sie entweder im Feld „Anschriftenzusatz“ oder im Feld „Ort“ neben dem Ortsnamen eintragen.

Adresse der Praxis

Bitte geben Sie hier Ihre aktuelle Praxisanschrift an. Diese muss entsprechend bei Ihrer zuständigen KV geführt sein.

c/o

Strasse *

Hausnummer *

Anschriftenzusatz

Postleitzahl *

➔ Ort *

Land



Hier können Sie die Kontaktdaten Ihrer Praxis eingeben. Diese Angaben sind keine Pflichtfelder.

Kommunikation
Telefon, Fax, E-Mail der Institution

Telefon

Fax

Mobil

E-Mail

4

Bestellung

Bitte achten Sie hier auf die **korrekte Eingabe der Anzahl**, da jeder Praxisausweis kostenpflichtig ist und Kosten für versehentlich **zu viel bestellte Praxisausweise nicht erstattet** werden.

Start Antragsteller Institution **Bestellung** Erklärungen Abschluss

Bestellung

* Pflichtfelder

Anzahl Karten
Wie viele SMC-B möchten Sie bestellen?

Anzahl gewünschter Karten *

Sie benötigen Hilfe?
ehealth-support@bdr.de
+49 (0)30 2598 4050
Sie erreichen uns montags bis freitags von 8:00 - 18:00 Uhr.

Sperrung
Zum sofortigen Sperren meiner Zertifikate möchte ich folgende Sperrung verwenden. Bitte geben Sie kein Trivialpasswort wie z.B. Ihren Namen, Leerzeichen oder Sonderzeichen. Länge 6 bis 20 Zeichen (Ziffern, Buchstaben, Unterstrich, Bindestrich, Unterstrich, unterschieden.)

ber Ihre den Sie

Service-Passwörter Karte 01 *

Bitte geben Sie hier ein Passwort ein, mit dem Sie alternativ zur SMS-TAN den Praxisausweis bei Verlust sperren können.



Der Praxisausweis wird per „**Übergabe Einschreiben**“ an die angegebene **Lieferadresse** zugestellt. Bitte überlegen Sie sich daher wegen der notwendigen Erreichbarkeit, ob als Lieferadresse Ihre **Praxisanschrift** (Adresse Institution) oder Ihre **Meldeadresse** verwendet werden soll. Die Erteilung einer Empfangsvollmacht (z.B. für Praxisangestellte) ist möglich. Der Link zur Postvollmacht ist im Antragsportal integriert.

Rechnungsanschrift

Bitte geben Sie hier Ihre Rechnungsadresse ein.

Rechnungsadresse *

Name / Firma *

Lieferanschrift

Wichtiger Hinweis: Der Antragsteller muss die angeforderte(n) Karten persönlich entgegennehmen. Bitte geben Sie an, ob Ihre Bestellung an Ihre Melde- oder Praxisadresse geliefert werden soll. Idealerweise sollte als Lieferadresse die Adresse der Praxis bzw. des MVZ gewählt werden. Um die Lieferung sicherzustellen, wird die Benennung von Bevollmächtigten zum Empfang empfohlen.

➔ Lieferadresse *

c/o

5 Erklärungen

Überprüfen Sie hier noch einmal **alle** getätigten **Angaben**, eine ggf. notwendige Korrektur ist über „bearbeiten“ möglich.

<input checked="" type="radio"/> Start	<input checked="" type="radio"/> Antragsteller	<input checked="" type="radio"/> Institution	<input checked="" type="radio"/> Bestellung	<input type="radio"/> Erklärungen	<input type="radio"/> Abschluss
--	--	--	---	--	---------------------------------

Erklärungen

* Pflichtfelder

Bitte überprüfen Sie Ihre Antragsdaten

Antragsteller

Persönliche Daten des Antragstellers [bearbeiten](#)

Anrede	Frau
Nachname	Musterfrau
Vornamen	Martina
Titel	Dr. med.

Staat [bearbeiten](#)

Staatsangehörigkeit	Deutschland
---------------------	-------------

Geburtsdaten [bearbeiten](#)

Geburtsdatum	29.02.1964
Geburtsort	Musterstadt

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](#)

Antragsübersicht
Die Gesamtübersicht über Ihre Anträge und Karten finden Sie hier.
[Übersicht öffnen](#)

Bitte prüfen Sie hier noch einmal die **Anzahl der bestellten Praxisausweise** nebst dem ausgewiesenen **Gesamtpreis**.

Bestellpreis

Dies ist der Netto-Preis in Euro (zzgl. MwSt.) für Ihre Karten

	Anzahl Karten	1
	Preis pro Karte	480.00 €
	Gesamtpreis	480.00 €



Bestätigen Sie die erforderlichen **Erklärungen** und schließen Sie den Antrag ab mit der Betätigung der Schaltfläche „Antrag abschließen“.

Erklärungen



Veröffentlichung *



Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Zertifikate, Institutionsname sowie Anschrift der Institution) für die Suche innerhalb und außerhalb der Telematikinfrastruktur zur Verfügung stehen.



Elektronische Verarbeitung und Nutzung *

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Zertifizierungsdienstleistungen elektronisch verarbeitet und genutzt sowie gemäß Signaturgesetz bzw. Zertifikatsrichtlinie vorgehalten werden.



AGB *

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



Informationsweitergabe an D-Trust *

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten von der Bundesdruckerei GmbH an die D-TRUST GmbH zum Zwecke der Herstellung von Zertifikatsprodukten übermittelt werden. Ich stimme der Übermittlung an und Verarbeitung durch die D-TRUST GmbH zu diesem Zweck zu.



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: Bundesdruckerei GmbH, Geschäftsführer Ulrich Hamann und Christian Helfrich, Kommandantenstraße 18, 10969 Berlin.



Pflichten des Zertifikatnehmers *

Ich habe die Anlage [Pflichten des Zertifikatsnehmers](#) zur Kenntnis genommen und werde die dort aufgeführten Pflichten wahrnehmen.

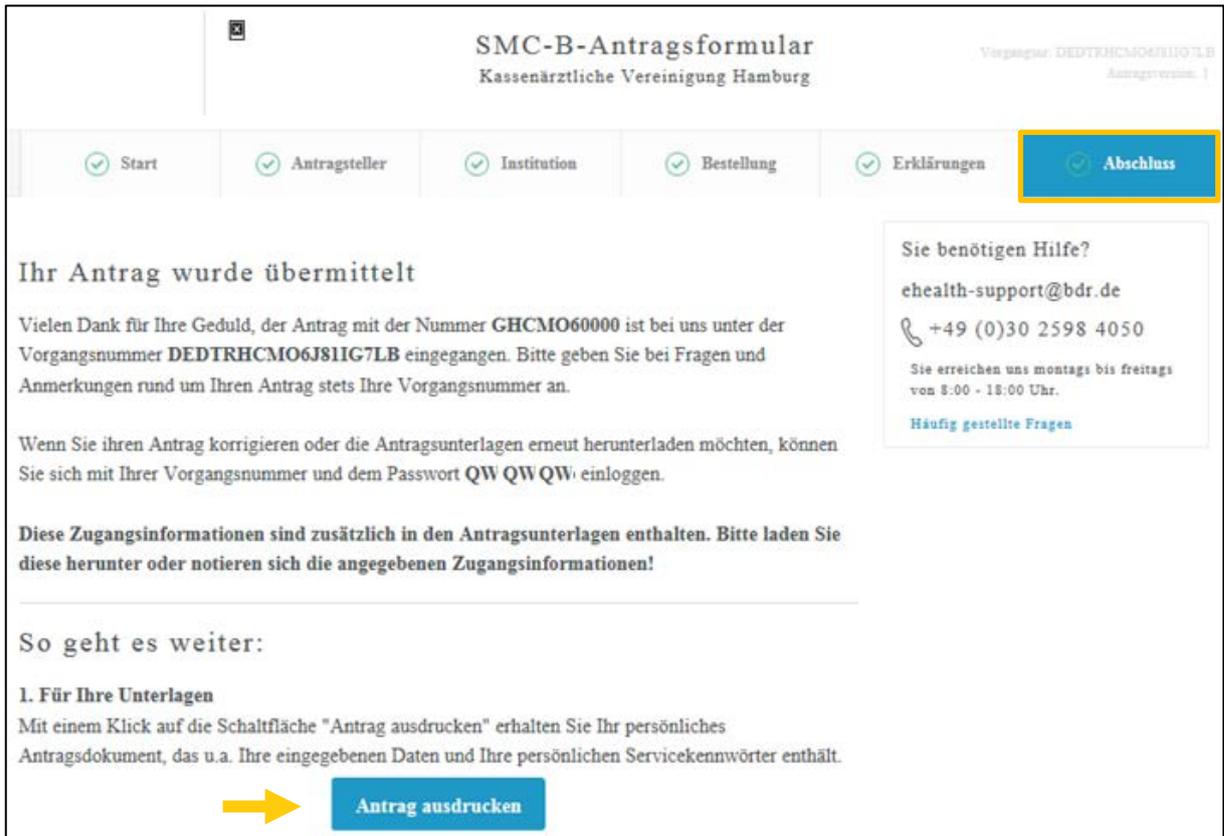
Zurück



Antrag abschließen

⑥ Abschluss

Bitte betätigen Sie die Schaltfläche „Antrag ausdrucken“ um die Antragsnummer und Ihr Servicepasswort zu sichern. **Drucken Sie sich das Dokument unbedingt aus und bewahren es an sicherer Stelle auf.** Sie benötigen diese Angaben, um sich später wieder anmelden zu können und um Ihren Praxisausweis freizuschalten.



The screenshot shows the 'SMC-B-Antragsformular' page from the 'Kassenärztliche Vereinigung Hamburg'. The progress bar at the top indicates that the 'Abschluss' step is the final one, highlighted in blue. The main content area displays a confirmation message: 'Ihr Antrag wurde übermittelt'. It provides the application number 'GHCMO60000' and the process number 'DEDTRHCMO6J81IG7LB'. A contact information box on the right offers support via email ('ehealth-support@bdr.de') and phone ('+49 (0)30 2598 4050'). Below the confirmation, there are instructions on how to print the application and a blue button labeled 'Antrag ausdrucken' with a yellow arrow pointing to it.



Wie geht es weiter?

- Ihr Antrag wird zur Freigabe an Ihre zuständige Kassenärztliche Vereinigung weitergeleitet.
- Nach Freigabe durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgen durch die Bundesdruckerei GmbH die Produktion und die Zusendung des Praxisausweises per Einschreiben an Ihre gewählte Lieferadresse.
- Den PIN-Brief zum Praxisausweis erhalten Sie drei Tage später durch die Bundesdruckerei GmbH.
- Anschließend müssen Sie den Praxisausweis im Antragsportal der Bundesdruckerei GmbH aktivieren. **Der Praxisausweis ist damit freigeschaltet und kann durch Sie oder Ihr Praxisteam genutzt werden.**