

Bitte nutzen Sie dieses Formular, um Ihren elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) oder Praxisausweis (SMC-B) zu sperren, beispielsweise bei Verlust oder Diebstahl.

Bitte beachten Sie, dass eine Sperrung nicht Ihren Vertrag kündigt.

**Wichtig:** Ein einmal gesperrter Ausweis kann nicht wieder entsperrt werden.

Bitte per Post an:

medisign GmbH  
Postfach 10 21 44  
40012 Düsseldorf

Angaben in Druckbuchstaben ausfüllen.

## Karteninhaber/-in:

Nachname:\*

Vorname:\*

Straße Hausnummer:

Postleitzahl Ort:

Rufnummer für Rückfragen:\*

Grund der Sperrung:\*

## Karte:

☐ Bitte nur ankreuzen, wenn Sie ALLE Ihre medisign Signatur Karten sperren lassen möchten.

Kartenseriennummer:\*

**Ohne Angabe der Kartenseriennummer und Unterschrift kann keine Sperrung erfolgen!**  
Die Kartenseriennummer finden Sie auf der Rechnung Ihrer Karte oder auf der Kartenrückseite.

## Unterschrift Karteninhaber:in\*

Ich bestätige, dass meine oben aufgeführt Karte(n) umgehend gesperrt werden soll(en):

Datum, Unterschrift\*