



**KZV**  
H A M B U R G

**KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG**  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

**Abrechnungs-Nr.:**

**Einverständniserklärung der Praxis  
zur Pseudonymisierung in der Gesonderten Stelle bei der KZV**

**Verfahren: Qualitätsprüfung "Überkappung" gem. QBÜ-RL-Z**

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_,

dass ich der Gesonderten Stelle bei der KZV Hamburg

die Pseudonymisierung der von mir angefertigten Dokumentationen im Rahmen der Qualitätsprüfung zum o. g. Thema übertrage.

Die Pseudonymisierung stellt für meine Praxis aus dem folgenden Grund einen unverhältnismäßig hohen Aufwand i. S. d. § 299 Absatz 2 Satz 3 SGB V dar  
(Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Meine Praxis ist aufgrund der technischen Ausstattung nicht in der Lage, alle Dokumententypen zu kopieren, zu drucken bzw. zu pseudonymisieren. Eine Anschaffung technischer Geräte oder Software allein zum Zwecke des Pseudonymisierens ist unverhältnismäßig.
- Eine digitale intra- oder extraorale Röntgenaufnahme lässt sich mit der technischen Ausstattung meiner Praxis nicht ausdrucken, ohne dass für die Qualitätssicherung nicht hinnehmbare Qualitätsverluste entstehen.
- Meine Praxis verfügt über keine ausreichenden personellen Ressourcen für die Pseudonymisierung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Praxisstempel  
Praxisinhaber