

**Anlage 5**  
zum Vertrag zur Besonderen Versorgung von Versicherten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gemäß § 140a SGB V (VKZ 121012AE006)

**Muster Teilnahmeverzeichnis Ärzte**

BSNR 9- stellig	HNR 9- stellig	LANR 7- stellig	Titel	Vorname	Nachname	Anschrift_Straße	PLZ	Anschrift_Ort	Teilnahmedatum_ab	Teilnahmedatum_bis	Vertragskennzeichen (VKZ)	Vertrag_Bezeichnung
											121012AE006	CED