

Ophthalmology Referral

Referral Reason

<input type="checkbox"/> Cataract	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Other	(please specify)	
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------	--

Referral Date	
Patient Seen by	

Action Required	
Hospital Preference	
If Other Pls Specify	

Patient Details	
NHS Number	«nhsnumber»
Salutation	«salutation»
First Name	«firstnames»
Last Name	«surname»
Known As	
Birthday (dd/mm/yyyy)	«dateofbirth»
Address	«address1»
Street 1	«address2»
Street 2	«address3»
Street 3 City/Town	«town»
Postal Code	«postcode»
Home Telephone	«telhome»
Mobile Telephone	«telmobile»
GP Practice	«gpssurgery»
GP Practice Town	«gpstown»
GP Name	«gpsname»

Referring Clinician	
Name	«opticianname»
GOC Number	«opticianhref»
Practice	
Address	
Street 1	
Street 2	
City/Town	
Postal Code	
Telephone No	

Tonometry	Reading 1	Reading 2
Date		
Time		
Instrument		
IOP Right Average		
IOP Left Average		

Current Prescription									
	Vision	Sph	Cyl	Axis	VA	PH	Prism	Add	Near VA
Right	«rvaunaided»	«rsphere»	«rcyl»	«raxis»	«rva»		«rdisthoriprism» «rdisthoribase» «rdistvertprism» «rdistvertbase»	«radd»	«rnearva»
Left	«lvaunaided»	«lsphere»	«lcyl»	«laxis»	«lva»		«ldisthoriprism» «ldisthoribase» «ldistvertprism» «ldistvertbase»	«ladd»	«lnearva»

Previous Prescription (if required)		Date of Test							
	Vision	Sph	Cyl	Axis	VA	PH	Prism	Add	Near VA
Right									
Left									

Observations

Patient's consent for referral has been obtained

Attachments Enclosed