



*The Military Treatment Facility (MTF) in your area may have Right of First Refusal for this service.*

TRICARE ID 9-11 Digits	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Patient Name	<input type="text"/>									
Patient DOB MM-DD-YYYY	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Patient Zip Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>										City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>							

[illegible]**Provider or Setting**

<input type="checkbox"/> Physician's Office	<input type="checkbox"/> Allied Health Professional's Office	<input type="checkbox"/> Outpatient Facility	<input type="checkbox"/> Inpatient Facility
---	--	--	---

<b>Date of Service</b> (If known) MM-DD-YYYY	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Point of Contact	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Evaluate Only	Ordering Provider <input style="width: 150px;" type="text"/>	Phone	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Evaluate and Treat			

### Type of Service

[illegible]

Facility	<input type="text"/>	Tax ID or NPI	<input type="text"/>	Address	<input type="text"/>
City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> – <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

---

Rendering Provider	<input type="text"/>	Tax ID or NPI	<input type="text"/>	Address	<input type="text"/>
City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> – <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Presenting symptoms or reason for referral.

--

Pertinent history, findings and specials situations include known discharge needs if inpatient admission.

--