

**ANEXO IX\_ INFORME MEDICO/A CONSULTOR/A DA PRESTACIÓN DE  
AXUDA PARA MORRER**

(LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación da eutanasia)

Médico CONSULTOR D/D<sup>a</sup>.....,  
con número de identificación profesional....., centro de traballo  
.....

**CERTIFICO**

Que o/a paciente.....con DNI/ NIE nº.....

Tras estudar a historia clínica e examinado o paciente, CONCLÚO QUE:

- Cumpre os requisitos establecidos no artigo 5.1., ou no seu caso no 5.2, da Lei Orgánica 3/2021, do 24 de marzo, de regulación da Eutanasia, para solicitar a Prestación de axuda para morrer.
- Non cumpre os requisitos establecidos no artigo 5.1., ou no seu caso no 5.2, da Lei Orgánica 3/2021, do 24 de marzo, de regulación da Eutanasia, para solicitar a Prestación de axuda para morrer.

Observacións:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En..... a ..... de ..... de 202.....

Sinatura Médico/a Consultor.....