

Dr n. praw. Katarzyna Dąbek-Krajewska, radca prawny

Odpowiedzialność prawna lekarza medycyny estetycznej

Kwestie odpowiedzialności prawnej lekarzy z tytułu udzielania świadczeń medycznych stają się od kilku lat coraz ważniejsze, głównie za sprawą wzrostu świadomości społecznej pacjentów, powszechnego dostępu do internetu i zwiększonej aktywności firm specjalizujących się w reprezentacji pacjentów w sprawach o odszkodowania.

Z praktycznego doświadczenia można śmiało wskazać, iż liczba spraw sądowych przeciwko podmiotom leczniczym w ciągu ostatnich dwóch lat uległa podwojeniu, dodatkowo doszła spora ilość wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego, kierowanych przez pacjentów do wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, działających przy urzędach wojewódzkich. Ramy niniejszego artykułu nie pozwalają na szczegółowe i dogłębne analizowanie tematu, ale jego celem jest przybliżenie kwestii odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki informacji pacjenta i uzyskania jego zgody na wykonanie zabiegu medycznego.

Mówiąc o odpowiedzialności prawnej lekarza, w tym lekarza medycyny estetycznej, podobnie, jak w przypadku pozostałych dziedzin medycyny, mamy na uwadze co najmniej trzy obszary, w których możliwe jest wyciągnięcie konsekwencji prawnych. Sferę karnoprawną, sferę dyscyplinarną oraz sferę cywilnoprawną.

Sfera karnoprawną regulowana jest przepisami kodeksu karnego¹⁾, który przewiduje cztery zasadnicze rodzaje przestępstw, jakie mogą być powiązane z udzielaniem świadczeń medycznych. Są to nieumyślne spowodowanie śmierci człowieka – art. 155 k.k., nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – art. 156 § 2 k.k., nieumyślne spowodowanie lżejszego niż opisane w art. 156 k.k. naruszenia czynności ciała lub rozstroju zdrowia – art. 157 § 3 k.k. oraz nieumyślne narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – art. 160 § 3 k.k. Wymienione tu przestępstwa można podzielić na przestępstwa skutkowe, czyli takie w których warunkiem zaistnienia odpowiedzialności karnej sprawcy jest wystąpienie określonego skutku, np. śmierć człowieka lub wystąpienie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu oraz przestępstwa „z narażenia”, czyli tzw. przestępstwa bezskutkowe, w których penalizacja powiązana jest z samą możliwością wystąpienia określonego rezultatu, który nie

jest sam w sobie warunkiem do uznania przestępstwa za popełnione. Niezależnie jednak od rodzaju przestępstwa należy pamiętać, iż lekarz może odpowiadać karnie za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta w związku z zabiegiem leczniczym (rozumianym w szerokim znaczeniu tego pojęcia, tzn. obejmującym diagnozę, terapię i profilaktykę chorób) tylko w razie zawinionego błędu sztuki lekarskiej^[2]. Wina może mieć postać winy umyślnej, wina w zamiarze bezpośrednim, kiedy to sprawca chce wyrządzić szkodę, jak i w zamiarze ewentualnym, kiedy to sprawca co prawda nie chce wyrządzić szkody, ale mając świadomość możliwości jej wyrządzenia, zachowuje się w sposób, który może do tego doprowadzić i godzi się z ewentualnymi tego skutkami. Wina nieumyślna może wystąpić jako lekkomyślność, kiedy to sprawca liczy się z tym, że jego zachowanie może spowodować szkodę, lecz bezpodstawnie sądzi, że do wyrządzenia szkody nie dojdzie, wreszcie jako rażące niedbalstwo, kiedy to sprawca nie przewidywał możliwości wyrządzenia szkody, chociaż mógł i powinien był to przewidzieć. Zasadniczym, choć nie jedynym, zatem zagadnieniem, wokół którego koncentruje się prawo karne jest kwalifikacja nastawienia psychicznego, czyli wina sprawcy, warunkująca penalizację jego działań.

Sfera dyscyplinarna odpowiedzialności lekarskiej regulowana jest przepisami ustawy o izbach lekarskich^[3], która w rozdziale V definiuje tzw. „przewinienie zawodowe”. Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Zasady etyki zawodowej określa kodeks etyki lekarskiej przyjęty przez Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Izb Lekarskich w 1991, znowelizowany w roku 1993 oraz 2003. Istota odpowiedzialności zawodowej sprowadza się do penalizacji situa-

cji, w której lekarz dopuszcza się naruszenia obowiązków składających się na treść i społeczną funkcję zawodu, postępuje niezgodnie z zasadami deontologii i etyki zawodowej, uchybiając godności zawodu, np. poprzez działania lub zachowania podważające zaufanie do zawodu lekarskiego, działania sprzeczne ze społeczną funkcją zawodu lub zachowanie nie do pogodzenia z powołaniem zawodu lekarza. Działania takie mogą polegać m.in. na niedopełnieniu obowiązku zawodowego, złamaniu przepisów związanych z wykonywaniem zawodu, ale także nieprzestrzeganiu uchwał władz i organów samorządów lekarzy. Sfera ta w niniejszym opracowaniu pozostaje poza naszym zainteresowaniem.

Trzecia, ostatnia i najważniejsza sfera odpowiedzialności, to sfera cywilnoprawna. Jest ona regulowana w szczególności przepisami kodeksu cywilnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty^[4], ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta^[5]. Zgodnie z ww. aktami prawnymi pierwszoplanową rolę odgrywają tu: element wzorca prawidłowego postępowania profesjonalisty, jaki stanowi miernik staranności działania lekarza w trakcie udzielania świadczeń medycznych, element zgody pacjenta na udzielanie świadczeń medycznych, szczególnie istotny w medycynie estetycznej. Podstawowe roszczenia pacjenta, jakie wynikają z ww. aktów prawnych zmierzają do wyrównania szkody, jakiej doznał pacjent, najczęściej przyjmują postać zadośćuczynienia za doznaną krzywdę i cierpienie, uzupełnianego w zależności od sytuacji poszkodowanego rentą lub odszkodowaniem. Najczęściej pacjenci domagają się rekompensaty finansowej w postaci zadośćuczynienia, gdyż nie mają wówczas obowiązku wykazania wysokości szkody i jej udokumentowania, jak to jest w przypadku odszkodowania. Zasady ustalania wysokości zadośćuczynienia i renty precyzują art. 444 i 445 kodeksu cy-

wilnego, zgodnie z którym w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Sąd może też przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Konstrukcją zadośćuczynienia posługuje się także ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która odsyła w przypadku naruszenia praw pacjenta wskazanych w niej do art. 448 kodeksu cywilnego, regulującego zasady wyrównania naruszenia dóbr osobistych. W przypadku stwierdzenia naruszenia dóbr osobistych pacjenta sąd może przyznać mu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia.

Z punktu widzenia wskazanych wyżej sfer odpowiedzialności pojęciem wspólnym, determinującym możliwość wystąpienia roszczeń pacjenta, jest zaistnienie tzw. błędu medycznego. Zgodnie z orzecnictwem ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł

dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. W praktyce orzeczniczej^[6] przyjmuje się następującą klasyfikację błędów leczniczych: diagnostyczne, terapeutyczne, techniczne i organizacyjne. Błąd diagnostyczny popełniony zostaje na etapie diagnozowania choroby i sprowadza się do sytuacji, w której lekarz wyciąga z objawów chorobowych inne wnioski niż te, które dyktowane są wiedzą medyczną. Do błędów tego rodzaju zaliczyć należy również nierozpoznanie w ogóle pewnych objawów, a także wadliwe przeprowadzenie samych badań służących postawieniu diagnozy lub też pominięcie takich badań. Źródłem tego błędu jest zaniechanie przeprowadzenia badań pozwalających na postawienie prawidłowej diagnozy albo przeoczenie przez lekarza objawów choroby i niewykorzystanie stojących do jego dyspozycji środków służących do ustalania tych objawów^[7]. Błąd terapeutyczny jest często powiązany z błędem diagnostycznym lub nawet stanowi jego następstwo i pojawia się w przypadku, gdy brak działania w kierunku stworzenia pacjentowi właściwych warunków do jego terapii, np. pozostawienie chorego w domu lub nieprzyjęcie go do szpitala albo stworzenie warunków sytuacyjnych znaczne pogarszających stan chorego^[8]. Błąd terapeutyczny może także występować samodzielnie, kiedy przy prawidłowym rozpoznaniu stosuje się sposób leczenia odbiegający od reguł postępowania akceptowanych przez nauki medyczne. Lekarz stawiający błędną diagnozę, w sensie nierozpoznania stanu chorobowego, nie zdaje sobie przy tym sprawy z tego (nie ma świadomości niebezpieczeństwa), że pacjent jest w położeniu zagrażającym życiu lub zdrowiu. Jeżeli nawet przewiduje możliwość takiego zagrożenia, to tę ewentualność w swojej analizie przypadku odrzuca^[9]. Błąd

techniczny jest to nieprawidłowe z punktu widzenia technicznego wykonanie czynności diagnostyczno-leczniczych. Błąd ten nie zawsze wiąże się li tylko z działalnością zabiegową. Może przejawiać się on np. w podaniu innego leku zamiast tego, który był zamierzony i zaordynowany w ramach działalności leczniczej^[10]. Błąd organizacyjny jest następstwem wadliwej organizacji pomocy medycznej, która nie pozostaje bez wpływu na życie i zdrowie chorych. Z błędem medycznym mamy do czynienia zawsze wówczas, gdy poważny uszczerbek na dobrach pacjenta powstał nie na skutek wadliwego przeprowadzenia procesu leczenia, lecz w związku ze złą organizacją pracy lekarzy i personelu medycznego^[11]. Błąd ten może wynikać np. z braków w zakresie wyposażenia podmiotu leczniczego w sprzęt i aparaturę medyczną, braku kwalifikacji lub przygotowania praktycznego personelu, złej organizacji pracy na oddziale, w tym niezapewnienia współpracy pomiędzy komórkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego^[12].

Naruszenie zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii to tzw. błąd lekarski, sprowadzający się do naruszenia obowiązujących lekarza reguł postępowania. Oceniany w kontekście nauki i praktyki medycznej jest elementem obiektywnym warunkującym odpowiedzialność lekarza. Do jej zaistnienia musi jeszcze zostać spełniony element subiektywny. Odnosi się on do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza jako jego staranności zawodowej^[13]. Miernikiem zatem prawidłowego postępowania jest wzorzec starannego działania. Ramy wzorca wyznaczają m.in. art. 6 ustawy o prawach pacjenta, zgodnie z którym pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowia-

jących wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, art. 17 ustawy o działalności leczniczej, określający wymogi organizacyjne oczekiwane od podmiotów leczniczych oraz art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. W praktyce wzorzec modyfikowany jest także przez rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, np. w obszarze medycyny estetycznej mierniki staranności lekarza zostają zaostrzone, a szczególną rolę przypisuje się obowiązkowi informacyjnemu lekarza wobec pacjenta. Konfrontacja konkretnego zachowania lekarza z owym wzorcem warunkować będzie odpowiedzialność wobec pacjenta.

Od niedawna w orzecznictwie i literaturze pojawił się jeszcze jeden termin mający wpływ na kwestie odpowiedzialności prawnej lekarzy – niepowodzenie medyczne. Niepowodzenie w leczeniu jest to nieprzewidziany, niepomyślny wynik leczenia, który nastąpił mimo prawidłowej diagnozy, zastosowania właściwego leczenia oraz starannej opieki medycznej^[14]. Jak wiadomo, medycyna nie zawsze jest w stanie zapewnić osiągnięcie określonego rezultatu. Często nawet przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i zachowaniu należytej staranności nie da się wyeliminować ryzyka powstania szkody. Konstrukcja niepowodzenia medycznego zakłada, iż pacjent prawidłowo poinformowany o istniejącym ryzyku, wyrażając zgodę na zabieg przyjmuje je na siebie. Przejęcie to jest uwarunkowane i niecałkowite, obejmuje bowiem tylko zwykle powikłania i nie dotyczy komplikacji powstałych w skutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza albo braku jego kom-

petencji. Dla możliwości powołania się na niepowodzenie medyczne, szczególnie w obszarze medycyny estetycznej, konieczne jest dopełnienie warunków określonych w art. 9, 16 i 17 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 31 ustawy o zawodzie lekarza. Zgodnie z ww. przepisami w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej. Pacjent przed wyrażeniem zgody ma prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Zgodnie zaś z ustawą o zawodzie lekarza – lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Prawidłowa zatem informacja dla pacjenta obejmująca wszystkie wymienione elementy, w połączeniu ze zgodą pacjenta warunkuje interwencję lekarską oraz chroni lekarza przed obarczeniem go odpowiedzialnością za ryzyko niepowodzenia medycznego. Tylko pacjent świadomy i poinformowany, nie działający pod wpływem błędu, może wyrazić swą wolę poprzez udzielenie zgody na interwencję medyczną. W szczególności w obszarze medycyny estetycznej, gdzie interwencja nie jest często niezbędna, rola właściwego uświadomienia pacjenta w zakresie możliwych następstw przeprowadzenia zabiegu i powikłań jest bardzo istotna. Zgoda wadliwa, nieświadomiona powoduje zawsze bezprawność działania lekarza, narażając go na odpowiedzialność. Obowią-

zek informacyjny dotyczy rodzaju i celu zabiegu, a także jego następstw, zarówno pożądaných, jak i niepożądanych, w tym skutków ubocznych. Informacja powinna obejmować dające się przewidzieć możliwe następstwa zabiegu, zwłaszcza jeżeli są to następstwa polegające na znacznym i istotnym uszczerbku zdrowia, nawet jeżeli występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć. Wskazany winien być także stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia. W orzecznictwie wskazuje się, iż zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju zabiegu, w szczególności od tego, czy za jego przeprowadzeniem przemawiają bezwzględne czy względne wskazania, czy też chodzi np. o zabieg kosmetyczny. O ile w wypadku zabiegu ratującego życie obowiązek udzielenia pacjentowi informacji nie wymaga wskazania wszystkich możliwych skutków jego wykonania i może ograniczać się do wskazania możliwych niekorzystnych skutków i powikłań, będących zwykłym typowym następstwem danego zabiegu, o tyle w wypadku zabiegów kosmetycznych zakres tego obowiązku musi być szerszy^[15]. Dochodzi tu do tzw. poszerzenia obowiązku informacyjnego, przejawiającego się w potrzebie poinformowania zainteresowanego o wszystkich, również tych mało prawdopodobnych i niezwykle rzadko zdarzających się następstwach przeprowadzenia określonego zabiegu, uwzględniających całe spektrum możliwości, zgodnie z wiedzą i praktyką lekarską^[16]. Należy też zwrócić uwagę, iż umowa o wykonanie zabiegu kosmetycznego jest umową starannego działania, a nie rezultatu, dlatego też lekarz nie będzie odpowiadał za brak osiągnięcia zamierzonego efektu, jeżeli podjął wszystkie niezbędne działania, by go osiągnąć^[17]. W kontekście powyższych uwag nieprawidłowa informacja pacjenta, poprzedzająca proces motywacyjny, zmierzający do uzyskania jego zgody

na zabieg operacyjny, stanowi błąd informacyjny eliminujący możliwości wykazania niepowodzenia medycznego.

Dla zobrazowania powyższych zasad można odwołać się do orzecznictwa rozstrzygającego w kwestii prawidłowości procesu motywacyjnego pacjenta i skuteczności wyrażonej przez niego zgody na zabieg. Na przykład w sprawie skargi pacjentki, która w wyniku wykonania kolejnego zabiegu depilacji laserowej doznała rozległych poparzeń skóry, sąd uznał, iż w sytuacji, gdy przed pierwszym zabiegiem pacjentka została poinformowana o możliwych skutkach i powikłaniach zabiegu, ale nie odebrano odrębnej zgody na wykonania kolejnego zabiegu, który łączył się ze zmianą rodzaju lasera i jego natężenia, brak zgody pacjentki na zabieg świadczy o bezprawności działania wykonującego zabieg jako przesłance odpowiedzialności deliktowej^[19]. W innej sprawie pacjentka poddała się rekonstrukcji piersi po leczeniu onkologicznym. Początkowo zakwalifikowano ją do wszczęcia implantu, a później zasugerowano przeprowadzenie rekonstrukcji piersi metodą TRAM. Pacjentka, co prawda, wyraziła zgodę na wykonanie zabiegu metodą TRAM, jednak nie została przed zabiegiem poinformowana o ryzyku wystąpienia rozlicznych powikłań, m.in. martwicy tkanek i przepukliny, jak również o tym, że metoda ta wiąże się zawsze z szeroką blizną na brzuchu. Zabieg rekonstrukcji piersi, wykonany u pacjentki metodą TRAM nie udał się, co skutkowało jej zeszpeceniem w płaszczyźnie piersi i brzucha, jak również traumatycznymi doznaniem w sferze psychicznej. Orzekający w sprawie sąd uznał, iż jeżeli powódka kwalifikowała się do rekonstrukcji piersi zarówno metodą Beckera, jak i metodą TRAM, to winna była zostać szczegółowo poinformowana o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowania konkretnej metody, w tym o stopniu i zakresie ry-

zyka powikłań, tak aby mogła w sposób w pełni świadomy uczestniczyć w wyborze najlepszej dla siebie metody^[19]. Pozwany nie wykazał w tym przypadku, iż taką informację pacjentka otrzymała.

Mając na uwadze powyższe przypadki, należy wskazać, iż w interesie lekarzy udzielających świadczeń medycznych w zakresie medycyny estetycznej jest jak najbardziej szczegółowe poinformowanie pacjenta o możliwych konsekwencjach wykonywanych czynności medycznych, nawet jeżeli konsekwencją powyższego byłaby rezygnacja pacjenta z planowanego zabiegu. Tylko bowiem takie działanie zabezpiecza lekarza przed konsekwencjami bezprawnego dokonania czynności medycznych i związanej z tym odpowiedzialności prawnej. Jednym ze sposobów prewencji w tym zakresie jest m.in. odpowiednie formalne przygotowanie druków zgody pacjenta na zabieg, które dokumentować będą prawidłowość i treść procesu informacyjnego lekarza, a tym samym decyzyjnego pacjenta, potwierdzając wyczerpanie obowiązujących procedur w powyższym zakresie i dopełnienie wymogów wynikających z przepisów prawa. Dokument taki powinien być przystępny graficznie i treściowo, a nadto zrozumiały dla pacjenta, gdyż tylko pod tymi warunkami wyłączy bezprawność podejmowanych przez lekarza działań. Nie ma tu miejsca na blankietowość czy poprzestanie na uzyskaniu podpisu pacjenta pod ogólnie sformułowanym wzorem, niezindywidualizowanym ze względu na rodzaj wykonywanego zabiegu. Co najważniejsze, dokument taki powinien zostać podpisany zarówno przez pacjenta, jak i lekarza, który przed zabiegiem udzielał pacjentowi niezbędnych informacji i wyjaśnień.

W zakresie medycyny estetycznej pomocniczą rolę dowodową może odegrać dokumentacja fotograficzna, obrazująca stan pacjenta przed wykonaniem zabiegu i po nim, która w przypadku sporu co do prawi-

dłowości wykonanych procedur, pozwoli ocenić przebieg i efektywność procesu leczniczego. Zastosowanie tej metody dokumentacji wymaga od lekarza dopełnienia szeregu formalności, z których najważniejszą jest uzyskanie pisemnej zgody pacjenta na wykonanie zdjęcia, z wyraźnym ograniczeniem przetwarzania uzyskanych materiałów wyłącznie dla potrzeb procesu leczniczego. Pacjent powinien także wiedzieć, gdzie zdjęcie ma być przechowywane, powinien mieć możliwość zastrzeżenia możliwości jego wydania innym podmiotom niż on sam lub organy sądowe. Zdjęcie w miarę możliwości nie powinno ujawniać twarzy pacjenta, powinno zostać włączone do jego dokumentacji medycznej w zamkniętej kopercie i podlegać ochronie prawnej, tak jak dokumentacja medyczna. Prawo polskie nie precyzuje w sposób odrębny i wyraźny statusu zdjęć innych niż RTG jako części dokumentacji medycznej, zatem konieczne jest zachowanie ostrożności, szczególnie w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej, udostępnienie zdjęcia powinno podlegać szczególnym zasadom, określonym w zgodzie pacjenta. Materiał zdjęciowy często pojawia się w procesach związanych z błędami medycznymi, najczęściej jednak jest to dokumentacja wykonana przez pacjenta i przez niego załączana do pozwu w formie zdjęć lub częściej w formie nagrania na nośniku. Wydaje się, że ta druga metoda jest lepszym wyborem, w szczególności w przypadku zabiegów na intymnych częściach ciała, bo pozwala na ograniczenie kręgu potencjalnych odbiorców do bezpośrednich adresatów, z pominięciem osób postronnych. Korzystanie z tej formy dokumentowania przebiegu leczenia z racji niewypracowanych standar-

dów prawnych w powyższym zakresie, winno jednak następować z dużą ostrożnością i rozsądkiem.

Dr Katarzyna Dąbek-Krajewska

jest radcą prawnym specjalizującym się w prawie medycznym, od 2003 r. prowadzi własną Kancelarię Radcy Prawnego, przez kilka lat była wykładowcą Wyższej Szkoły Medycznej w Sosnowcu.

Piśmiennictwo:

1. Kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz.U. Nr 88, poz. 553).
2. Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 10 grudnia 2002 r., sygn. akt. V KK 33/02, Legalis.
3. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. (Dz.U. Nr 219, poz. 1708).
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r., tj. z dnia 27 września 2011 r. (Dz.U. Nr 277, poz. 1634).
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r., tj. z dnia 24 stycznia 2012 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 159).
6. Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Wojskowa z dnia 29 kwietnia 1994 r. WR 70/94, OSNKW 1994 nr 11-12, poz. 70, str. 25, Legalis.
7. Ibidem.
8. Ibidem.
9. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie – II Wydział Karny z dnia 22 maja 2013 r., sygn. akt. II AKa 139/13, Legalis.
10. L. Podciechowski, A. Królikowska, Piotr H., Jan W: Organizacyjny błąd medyczny, (w:) Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, tom 2, zeszyt 4, 2009, s. 288.
11. M. Śliwka: Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawno-porównawczym, Toruń 2008, s. 59.
12. L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński: op.cit., s. 290.
13. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt. V CSK 287/09, Legalis.
14. Zob. A. Fiutak: Odpowiedzialność karna za niepowodzenie w leczeniu, Medycyna Rodzinna nr 3 z 2014, s. 36.
15. Uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., sygn. akt II CK 303/04, Legalis.
16. Małgorzata Paluch: Medycyna na życzenie, czyli upiększanie w świetle prawa, http://www.nowoczesna-klinika.pl/pl/artykuly/22/prawo/1/345/Medycyna_na_zyczenie,_czyli_upiekszanie_w_swietle_prawa, 7 czerwca 2014 r.
17. Ibidem.
18. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie – VI Wydział Cywilny z dnia 16 listopada 2011 r. VI ACa 665/11, Legalis.
19. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku – I Wydział Cywilny z dnia 26 lutego 2010 r. I ACa 51/10, Legalis.

Wydawca:

Agencja Reklamowa LION-ART Dorota Piech
ul. Staromiejska 2/13, 40-013 Katowice
tel./fax: 32 253-02-88, 32 253-60-89
<http://www.lion-art.com.pl>
e-mail: office@lion-art.com.pl

Dyrektor ds. wydawniczych:

Maria Zagdańska – tel. 514 962 496
mariazagdanska@aesthetica.com.pl

Sekretarz redakcji:

Joanna Kowalik – tel. 32 201 60 17
joannakowalik@aesthetica.com.pl

Współpraca:

Prof. dr hab. n. med. Zygmunt Adamski
Dr n. med. Dorota Jenerowicz, Dr n. med. Magdalena Jurzak
Dr n. med. Magdalena Kolanko, Dr n. med. Jerzy Kolański
Dr n. med. Justyna Sicińska, Dr n. biol. Renata Janiszewska
Dr n. praw. Katarzyna Dąbek-Krajewska
Lek. med. Kinga Adamska, Lek. med. Katarzyna Grudzieli
Lek. med. Anna Krajewska, Lek. med. Marta Tazbir
Lek. med. Magda Wachal, Inż. Marek Mindak

Redakcja:

Redaktor naczelny: Dr n. farm. Sławomir Wilczyński
Redaktorzy: Maria Zagdańska, Hanna Majewska
<http://www.aesthetica.com.pl>
e-mail: redakcja@aesthetica.com.pl

Skład komputerowy i opracowanie reklam:

Sławomir Jędrzyśiak, Eugeniusz Kotalczyk
e-mail: dtp@lion-art.com.pl

Korekta:

Agnieszka Nowak