

PODMIOTOWOŚĆ PACJENTA W PRZEBIEGU CHOROBY

The subjectivity of the patient's disease

Agnieszka Sieńko

Zakład Medycznych Nauk Społecznych, Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: agnieszka.sienko@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Choroba to zjawisko interdyscyplinarne. Choroba wiąże się z medycyną, psychologią, psychiatrią, prawem. Choroba jest źródłem wielu zmian w życiu codziennym. Zmiany dotyczą także rozwiązań o charakterze prawnym. Intencją autorki jest zasygnalizowanie potrzeby stworzenia kodeksu chorego. Opracowanie ma odpowiadać na pytania chorego i opiekunów. Pytania dotyczą codziennych spraw chorego. Najważniejszą sprawą jest informacja o chorobie osoby bliskiej. Kolejną jest informacja o możliwych kierunkach terapii. W tym zakresie prawo zawiera wiele zakazów. Udzielenie informacji o chorobie innej osoby jest bezprawne. W praktyce jednak wydaje się, że ten zakaz jest niezgodny z interesem chorego. W jaki sposób osoba bliska ma się opiekować chorym bez informacji o szczegółach tej choroby? Jak ma dbać o leczenie chorego bez zaleceń od lekarza? Skąd opiekun ma wiedzieć, kiedy należy chorego umówić na badanie lekarskie? Innym problemem jest udzielenie choremu pomocy w sprawach urzędowych, prowadzeniu korespondencji itd. W opracowaniu autorka przeprowadziła krótką analizę przepisów prawa. Postawiła tezę, że zakazy zawarte w przepisach nie są zakazami bezwzględными (*iuris cogentis*). Przegląd prawa tezę tę potwierdza. W przypadku choroby, w czasie której chory nie może wydać żadnych upoważnień, istnieje możliwość przekazania przez lekarza lub pielęgniarkę informacji innej osobie. Istnieje także możliwość załatwiania spraw i odbierania korespondencji bez dokumentu pełnomocnictwa.

Słowa kluczowe: chory, prawo, tajemnica lekarska.

SUMMARY

Illness is an interdisciplinary issue. Illness is connected with medicine, psychology, psychiatry, law. Illness is the source of many changes in the daily living. These changes are also matter of the law. There is legal answers. Indicating the need of creating the code of the sick person is intention of the author. The study is supposed to answer questions of the sick person and carers. Questions concerning everyday matters of the sick person. Information about illness is the most important case for this, who take care about sick person. The case is another information about possible directions of therapy. In this respect the law contains a lot of bans. Sovereign of information about illness of other person is unlawful. In practice however it seems that this ban is at variance with the business of the sick person. In what way is the close person supposed to look the sick person after without information about details of this illness? How is he supposed to care for treating the sick person without recommendations from the doctor? Where from is the carer supposed to know when one should arrange the meeting for the sick person for the medical check-up? He is other problem sovereign for the sick person of the help in official businesses, for maintaining correspondence, etc. In the study the author conducted the brief analysis of provisions of the law. The author put forward the thesis that bans included in provisions aren't bans without exceptions (*iuris cogentis*). The review of the law is confirming this thesis. In case of illness, which the sick person cannot issue no authorizations, it is possible sovereign of medical information. There is a possibility of maintaining correspondence without the certificate of the proxy, as well.

Key words: sick person, law, doctor-patient privilege.

Choroba, szczególnie choroba neurologiczna, ma wiele wymiarów. To dość oczywiste stwierdzenie. Choroba jest jednak zjawiskiem nie tylko wielowymiarowym w kontekście samej medycyny, fizjologii, biologii, chemii itp. Choroba jest zjawiskiem interdyscyplinarnym. Intuicyjnie, gdy dotyka się zagadnień związanych z funkcjonowaniem organizmu człowieka, z chorobą, z deficytem zdrowotnym, myśl kieruje się w stronę nauk medycznych i samej fizjologii. Często choroba rozpatrywana jest w kontekstach nauk społecznych. Choroba jest odmieniana przez wszystkie przypadki w naukach takich jak: socjologia, psychologia, pedagogika i oczywiście wspomniana już medycyna. Choroba dotyka szeregu zjawisk społecznych, jak choćby: więzi rodzinnych, tolerancji, tzw. wrażliwości na cierpienie itp. Można mnożyć szereg cech osobistych, jakie uaktywniają się wśród członków najbliższego, a także dalszego, otoczenia chorego. Tu można wskazać na: współczucie, empatię, opiekuńczość, potrzebę niesienia ulgi w cierpieniu itd. Choroba wpływa na wiele obszarów życia codziennego. Choroba musi być uwzględniana w architekturze (niwelowanie barier architektonicznych), w komunikacji (udogodnienia dla niepełnosprawnych, np. platformy dla wózków inwalidzkich), w pracy urzędów (dostęp dla osób niepełnosprawnych, tłumaczenie na język migowy, itp.). Autorka, jako tzw. profesjonalny prawnik, czyli radca prawny, nie może jednak oprzeć się wrażeniu, że w tym wszystkim umyka to, a ściślej ten, który powinien być najważniejszy. Sam chory. Nie chodzi o sprawy skomplikowane, o sporządzenie umowy zbycia udziałów w spółce czy o przekształcenie umowy dożywocia w umowę renty. Kłopotem okazują się sprawy

najbliższe nie tylko choremu, lecz jego otoczeniu, tzw. sprawy bieżące, codzienne. Dowiedzenie się o stanie zdrowia bliskiego, uzyskanie informacji o rokowaniach, odebranie renty czy emerytury, przyjęcie korespondencji nawet poleconej urasta do poważnego kłopotu, zahaczając nawet o odpowiedzialność karną. Zdecydowanie brakuje w systemie prawa unormowania kompleksowego na wypadek choroby uniemożliwiającego choremu samodzielnie troszczenie się o własne sprawy.

System prawa można systematyzować według rozmaitych kryteriów. Zasadniczym podziałem jest podział ze względu na metodę regulacji prawnej. W tym kontekście wyróżnia się tradycyjnie trzy gałęzi prawa:

- 1) cywilną,
- 2) karną,
- 3) administracyjną.

Rozważania na temat charakteru tych kryteriów wykraczają poza ramy niniejszego opracowania i jako takie zostaną pominięte. Gdyby jednak Czytelnicy byli zainteresowani tematyką, autorka odsyła do podręczników z zakresu teorii prawa. Tu można odwołać się do skryptu *Wstęp do prawoznawstwa* autorstwa dr Tatiany Chauvin, prof. dr. hab. Tomasza Staweckiego i prof. zw. dr. hab. Piotra Winczorka [1]. W literaturze przedmiotu wyodrębnia się także tzw. kompleksowe gałęzi prawa. Kompleksowe gałęzi prawa to takie, które dotyczą pewnego obszaru życia społecznego, gospodarczego itd. Przykładem kompleksowej gałęzi prawa jest prawo ochrony zdrowia. W jego obrębie stosuje się normy prawa o cywilnoprawnej metodzie regulacji

prawnej – jak na przykład odpowiedzialność odszkodowawcza czy roszczenia o zadośćuczynienie wskutek tzw. błędu medycznego. Prawo ochrony zdrowia czerpie także z karnoprawnej metody regulacji prawnej. Można tutaj powołać się np. art. 155 k.k.¹ [2], czyli na regulację dotyczącą przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci. Wreszcie można wskazać na metodę regulacji prawnej o charakterze administracyjnym i tytułem przykładu powołać art. 100 u.d.l.² [3]. W tym kontekście można stwierdzić, że prawo ochrony zdrowia jest tzw. kompleksową gałęzią prawa [4].

Intencją autorki jest wskazanie i zebranie instytucji prawa powszechnego w jednym opracowaniu jako namiastki kompleksowej gałęzi prawa – prawa chorego. Opracowanie ma służyć odpowiedziami na pytania dotyczące codziennych spraw chorego i jego faktycznych opiekunów. Autorka celowo używa terminu „chory” zamiast „pacjent”. Praca ma bowiem wskazać sytuację prawną chorego, szczególnie chorego dotkniętego deficytami neurologicznymi lub intelektualnymi (a te często idą w parze). Pacjent zaś to, zgodnie z definicją ustawową ujętą w art. 3 ust. 1 u.p.p.³, osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny [5]. Tymczasem termin „chory” nie ma co prawda definicji ustawowej ani żadnej innej o charakterze normatywnym, lecz mimo to wydaje się bardziej adekwatny do rozważań stanowiących przedmiot opracowania. „Chory” to według *Słownika języka polskiego*:

- 1) osoba chorująca,
- 2) dotknięty chorobą,
- 3) źle funkcjonujący, niewłaściwy [6].

Przy takim, raczej intuicyjnym, a jednocześnie upowszechnionym, zarówno w obrocie prawnym, naukowym, medycznym, a nawet potocznym, rozumieniu pojęcia „chory” można podjąć próbę wskazania zbioru instytucji wchodzących w skład kompleksowej gałęzi pod nazwą: „prawo chorego”.

Zdaniem autorki, naturalnym początkiem rozważań i analizy regulacji prawnych w omawianym zakresie, tj. „prawa chorego”, jest kwerenda regulacji odnoszących się do szeroko rozumianej ochrony danych medycznych. Punktem wyjścia będą dwie ustawy:

- 1) ustawa o ochronie danych osobowych [7],
- 2) ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [5].

W związku i przy okazji kwerendy unormowań prawnych w kontekście ochrony danych medycznych wysuwany na czoło przepisem prawa powszechnego jest art. 27 u.o.d.o.⁴. Uzasadnione jest zacytowanie przynajmniej częściowe art. 27 u.o.d.o. Zasadą generalną wyrażoną w powołanym przepisie jest zakaz przetwarzania danych „[...] ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, jak również danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz danych dotyczących skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym [...]”. Dlaczego autorka uznaje ten fragment za istotny w konstruowaniu „prawa chorego”? Otóż, jednym z najbardziej akcentowanych problemów w przypadku zachorowania osoby dorosłej, dla której nie ustanowiono opiekuna prawnego, jest dostęp do informacji medycznej, informacji o stanie zdrowia, planowanym leczeniu, rokowaniach. Warto zatem przeanalizować, czy ochrona prawna jest naprawdę tak bardzo restrykcyjna. A jeżeli okazałoby się, że jest, to jak można temu zaradzić?

Zakaz wyrażony przez ustawodawcę w art. 27 ust. 1 u.o.d.o., a powołany wyżej, doznaje złagodzenia w art. 27 ust. 2 u.o.d.o. Po przełożeniu przepisów art. 27 ust. 2 u.o.d.o. na język przyjazny Czytelnikowi nie będącemu prawnikiem można wskazać, że

przetwarzanie danych, o których mowa w art. 27 ust. 1 u.o.d.o., jest jednak dopuszczalne, jeżeli:

- 1) osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę na piśmie, chyba że chodzi o usunięcie dotyczących jej danych;
- 2) przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony;
- 3) przetwarzanie takich danych jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby, gdy osoba, której dane dotyczą, nie jest fizycznie lub prawnie zdolna do wyrażenia zgody, do czasu ustanowienia opiekuna prawnego lub kuratora;
- 4) [...];
- 5) [...];
- 6) [...];
- 7) przetwarzanie jest prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych;
- 8) [...];
- 9) [...];
- 10) [...] [7].

W tym miejscu warto odwołać się do regulacji prawnej zawartej w ustawie o prawach pacjenta (u.p.p.). Zgodnie z art. 9 ust. 3 u.p.p. pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, innym osobom. Z powołanego przepisu ustawy wynika *a contrario*, że w razie nieudzielenia takiej zgody należy uznać, że pacjent, w kontekście niniejszego opracowania jest to chory, który nie przekazał nikomu prawa do zasięgania informacji o swoim stanie, o rokowaniach itp. Czy oznacza to bezwzględny zakaz udzielania informacji o stanie zdrowia osoby, która nagle, np. wskutek udaru, stanu otępienia, objawów demencyjnych, progresu choroby Alzheimera, nagłej utraty przytomności, czy innego stanu uniemożliwiającego logiczny kontakt, nie jest w stanie wyrazić zgody na udzielenie najbliższemu, w sensie emocjonalnym, osobom zgody na zasięganie informacji o stanie zdrowia? Autorka stawia tezę, że jest możliwe udzielanie informacji o stanie takiej osoby osobom trzecim.

W tym miejscu należy rozstrzygnąć, kto poza osobą wprost upoważnioną przez pacjenta, czy chorego, może mieć dostęp do informacji medycznej dotyczącej chorego lub wglądu w obrazującą przebieg terapii pacjenta dokumentację medyczną. I tak, art. 26 ust. 1 u.p.p. zdaje się mieć brzmienie dość jednoznaczne i restrykcyjne. W powołanym przepisie ustawodawca stanowi, że: „Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta”. Okazuje się jednak, że bliższa analiza stanu prawnego pozwala uznać, że powołane wyżej zakazy mogą doznac złagodzenia lub nawet wyłączenia. Pierwszym aktem prawnym poddanym ocenie w tym zakresie jest ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry [8]. Kluczowym będzie przy tym art. 4 u.z.l.⁵ jako katalog kryteriów uznania sposobu postępowania lekarza jako zgodnego z prawem i tzw. sztuką medyczną. Zgodnie z powołanym art. 4 u.z.l.: „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”. Z cytowanej regulacji autorka kieruje uwagę na zasady etyki zawodowej. Etyka zawodowa jako taka pozostaje w rozumieniu niektórych adresatów norm prawnych poniekąd poza nawiasem reguł normatywnych. Tymczasem, zbiory norm deontologicznych współtworzą prawne, czyli, in-

¹ Kodeks karny.

² Ustawa o działalności leczniczej.

³ Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁴ Ustawa o ochronie danych osobowych.

⁵ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

nymi słowy, formalne ramy wykonywania zawodu [9]. Normy etyki zawodowej ujęte w *Kodeksie Etyki Lekarskiej* [10] stanowią normatywną podstawę, równoległą do norm rangi ustawowej, należytego wykonywania zawodu lekarza. Szczególnym potwierdzeniem tego stanowiska jest treść art. 5 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich [11]. Zgodnie z tą regulacją, samorząd lekarski ma za zadanie między innymi ustalić zasady etyki lekarskiej. Dalej, zgodnie z art. 8 u.i.l.⁶ oraz art. 53 u.i.l. członkowie samorządu są obowiązani (ustawą) do przestrzegania zasad etyki zawodowej pod rygorem odpowiedzialności korporacyjnej. A zatem normy deontologiczne wpisują się w szeroko rozumiane wytyczne prawne wykonywania zawodu.

W *Kodeksie Etyki Lekarskiej* jest zamieszczony zapis pozwalający na odstąpienie od obowiązku zachowania ścisłej tajemnicy lekarskiej. Mowa o art. 17, zgodnie z którym: „W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego”. Regulacja odnosi się wyłącznie do lekarzy. W przepisie wskazano także na stan nieprzytomności. Należy jednak uznać, że w katalogu stanów faktycznych objętych powołanym przepisem należy uwzględnić także stany braku kontaktu logicznego. Autorka nie znajduje bowiem powodów, dla których chory nieprzytomny miałby znajdować się w innej sytuacji prawnej niż chory z deficytem intelektualnym, tj. w zespole otępiennym, w utracie zdolności rozumienia czy nawet samego komunikowania. A zatem można stwierdzić, że mimo zakazu ustawowego lekarz ma prawo ujawnić informacje o stanie zdrowia chorego.

Należy w tym miejscu zastanowić się, kto może być adresatem takiego ujawnienia „rąbka” tajemnicy lekarskiej. Samorząd lekarski w *Kodeksie Etyki Lekarskiej* wskazał, że ujawnienie informacji o nieprzytomnym pacjencie może nastąpić wobec osoby, co do której lekarz jest przekonany, że działa ona w interesie chorego. W zasadzie może być więc to każdy, kto zdoła przekonać lekarza, że zależy mu na dobru chorego. Czy jest to tylko osoba bliska w znaczeniu ustawowym? Należy stanowczo uznać, że nie. Odwołując się do tytułu opracowania można sformułować pytanie, czy chory jest podmiotem takiej decyzji na jakimkolwiek jej etapie? Odpowiedź jest przecząca. Można używając języka potocznego stwierdzić, że sprawy dzieją się poza samym zainteresowanym. *De lege ferenda* warto uzupełnić regulację rangi ustawowej o upoważnienie dla osób wykonujących zawody medyczne do udzielania informacji małżonkowi, wstępnym, zstępnym oraz osobie, która pozostaje z chorym w faktycznym pożyciu o stanie zdrowia i rokowaniach.

W zakresie podstaw prawnych upoważniających, zresztą nie tylko lekarzy, bo także pielęgniarki, ratowników, fizjoterapeutów – oczywiście z poszanowaniem własnych uprawnień – do udzielania osobie trzeciej informacji o chorym bez kontaktu można wskazać na art. 27 ust. 2 pkt 3 u.o.d.o. (ustawy o ochronie danych osobowych). Powołany przepis stanowi, że dopuszczalne jest przetwarzanie danych tzw. wrażliwych (m.in. są to dane dotyczące stanu zdrowia i przebiegu terapii), gdy przetwarzanie takich danych jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby, gdy osoba, której dane dotyczą, nie jest fizycznie lub prawnie zdolna do wyrażenia zgody, do czasu ustanowienia opiekuńcy prawnego lub kuratora. Trudno oprzeć się wrażeniu, że sytuacja, w której należy przygotować się do właściwej opieki nad chorym, np. po opuszczeniu szpitala, wymaga zasięgnięcia informacji o jego zdrowiu i wymaganiach terapeutycznych. Ponad wszelką wątpliwość takie sprawy należą do kategorii żywotnych interesów chorego.

Poza samą informacją o stanie zdrowia chorego, rokowaniach, zaleceniach terapeutycznych, czyli tym wszystkim, co wiąże się z opieką medyczną nad chorym, a nawet już rekonwalescencją, pozostają tzw. zwykłe sprawy życia codziennego. W tym zakresie wydaje się, że najbardziej zaniechanie legislacyjne jest odczuwalne. Bliższa kwerenda obowiązujących regulacji prawnych pozwala jednak uznać, że prawodawca daje narzędzia do

sprawowania należytej pieczy nad chorym i do zarządzania jego sprawami. *Prima facie* (na pierwszy rzut oka) można stwierdzić, i to nawet dość zasadnie, że chory, szczególnie chory neurologicznie, doznaje swego rodzaju odarcia z podmiotowości. To odarcie polega na tym, że ani chory, ani nikt z jego bliskich nie mają swobody w działaniu. Sam chory nie może nikogo upoważnić, oświadczyć niczego w zakresie woli czy wiedzy. Nie może, wskutek uzasadnionego zaburzenia czynności psychicznych lub braku logicznego kontaktu z osobami trzecimi. Co więcej, ocena, że z takim stanem prowadzący terapię ma do czynienia, wymaga jednak wiadomości specjalnych, a zatem stan „bezpodmiotowości” chorego będzie stwierdzony oceną medyczną. O ile sprawa zasięgania informacji zdaje się być rozstrzygnięta na korzyść chorego, o tyle inne sprawy wymagają weryfikacji na gruncie istniejącego stanu prawnego.

Chory nagle, wskutek popadnięcia w stan wyłączenia samodzielności, pozostaje bez żadnego wsparcia w znaczeniu pomocy formalnej. Otóż nie może samodzielnie złożyć wniosku w banku, nie może odebrać listu poleconego, nie może upoważnić nikogo do odebrania należnego mu świadczenia (emerytura, renta, zasiłek itp.). Czy faktycznie prawodawca nie pozwala na zarządzenie takiej sytuacji? Okazuje się, że ustawodawca dał adresatom instytucje prawne pozwalające „wyręczać” chorego, który nie przewidział takiej sytuacji.

Pierwszą z instytucji jest instytucja prawa pocztowego [12]. Art. 37 u.p.poczt.⁷ kataloguje sposoby doręczenia przesyłek i przekazów pocztowych. Warto powtórzyć w tym miejscu kilka postanowień powołanego art. 37 u.p.poczt. oraz zaakcentować niektóre z nich. Otóż „przesyłka pocztowa, jeżeli nie jest nadana na *poste restante*, może być także wydana ze skutkiem doręczenia:

- 1) adresatowi:
 - a) do jego oddawczej skrzynki pocztowej, z wyłączeniem przesyłek rejestrowanych,
 - b) w placówce pocztowej, jeżeli podczas próby doręczenia przesyłki pocztowej adresat był nieobecny pod adresem wskazanym na przesyłce, przekazuje pocztowym lub w umowie o świadczenie usługi pocztowej albo doręczenia za pomocą oddawczej skrzynki pocztowej nie jest możliwe,
 - c) w miejscu uzgodnionym przez adresata z operatorem pocztowym;
- 2) przedstawicielowi ustawowemu adresata lub pełnomocnikowi adresata upoważnionemu na podstawie pełnomocnictwa udzielonego na zasadach ogólnych lub na podstawie pełnomocnictwa pocztowego:
 - a) pod adresem wskazanym na przesyłce pocztowej, przekazuje pocztowym lub w umowie o świadczenie usługi pocztowej,
 - b) w placówce pocztowej;
- 3) osobie pełnoletniej zamieszkałej razem z adresatem, jeżeli adresat nie złożył w placówce pocztowej zastrzeżenia w zakresie doręczenia przesyłki rejestrowanej lub przekazu pocztowego:
 - a) pod adresem wskazanym na przesyłce pocztowej, przekazuje pocztowym lub w umowie o świadczenie usługi pocztowej,
 - b) w placówce pocztowej, po złożeniu na piśmie oświadczenia o zamieszkiwaniu razem z adresatem. Z powołanych przepisów, a szczególnie z art. 37 ust. 2 pkt 3 u.p.poczt. wynika, że za chorego można podejmować przesyłki, w tym listy polecone i przekazy pieniężne, o ile tylko zainteresowany nie złożył zastrzeżenia. A zatem istnieje domniemanie zgody. Konieczne jest jedynie złożenie pisemnego oświadczenia o wspólnym zamieszkiwaniu (nie o zameldowaniu). W pozostałych obszarach niestety zasadne jest stwierdzenie, że prawodawca przemilczał prawo chorego, szczególnie chorego z utratą kontaktu, do uzyskania należytej i obejmującej wszelkie obszary pomocy w sprawach bieżących.

⁶ Ustawa o izbach lekarskich.

⁷ Ustawa Prawo pocztowe.

Wobec takiego stanu legislacji warto wyposażać się na wypadek nagłego pogorszenia stanu zdrowia w dokument, którego treść stanowi aneks do opracowania. Z uwagi na charakter opracowania autorka pomija w całości rozważania na temat zgody na działania medyczne czy kwestię dopuszczalności pobrania narządów. Oba obszary doczekały się już dość bogatej

judykatury i stanowiska doktryny. Autorka jednak postuluje opracowanie dokumentów pod roboczym tytułem „prawa chorego” w odróżnieniu od praw pacjenta, czy zasad uzyskiwania zgody na działanie medyczne.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.

Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Chauvin T, Stawicki T, Winczorek P. *Wstęp do prawoznawstwa*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck; 2016.
2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2016 r., poz. 1137).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1638).
4. Sieńko A. *Prawo ochrony zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer; 2006: 15–18.
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r., poz. 186).
6. <https://sjp.pwn.pl/szukaj/chory.html> [cyt. 30.06.2017].
7. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r., poz. 922).
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2017 r., poz. 125).
9. Zielińska E, red. *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer; 2008: 63–92.
10. Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.
11. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2016 r., poz. 522).
12. Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe (Dz.U. z 2016 r., poz. 1113).

Adres do korespondencji:

Mgr Agnieszka Sieńko
Zakład Medycznych Nauk Społecznych
Katedra Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Medyczny
ul. Barta 5
51-618 Wrocław
Tel.: 508 313 108
E-mail: agnieszka.sienko@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.09.2017 r.

Po recenzji: 22.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 02.10.2017 r.

ZAŁĄCZNIK

Data i podpis.....

Oświadczam, że Pani dysponuje wiedzą na temat stanu mego zdrowia i może udzielić informacji pomocnych w stanach nagłych (ICE).

Data i podpis

W przypadku wystąpienia stanu nagłego lub utraty przytomności proszę o poinformowanie Pani/Pana
Nr tel. i traktowanie jej/jego jak osoby bliskiej z uwzględnieniem udzielonych wyżej upoważnień.

Data i podpis

Upoważniam Panią/Pana (PESEL) do odbioru znalezionych przy mnie przedmiotów z depozytu szpitalnego.

Data i podpis.....

Oświadczam, że moim lekarzem pierwszego kontaktu jest

Z (nazwa podmiotu)

Tel kontaktowy:

Pozostaję także pod opieką poradni..... W..... a moim lekarzem jest

Oświadczam, że choruję na następujące schorzenia:

1

2

3

Oświadczam, że stale przyjmuję następujące leki:

1

2

3

Oświadczam, że jestem uczulona/-y na:

1

2

3