

**Jerzy T. Marcinkowski, Aneta Klimberg**

## Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach o unieważnienie testamentu. Cz. II. Wnioski końcowe opinii. Jakość dokumentacji lekarskiej. Ocena zeznań świadków

### **Medico-legal opinions in cases for annulment of testament. Part II. Final conclusions of opinions. Quality of medical documentation. Evaluation of witnesses' testimonies**

Z Katedry Medycyny Społecznej i Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Odsetki spraw, w których spadkodawcy nie byli zdolni do w pełni świadomego sporządzenia testamentu, były wysokie, co głównie wiązało się z faktem, że najczęściej sporządzanie testamentów miało miejsce dopiero w krótkim okresie przed zgonem przez osoby obłożnie chore. Były podstawy do stwierdzenia braku świadomości koniecznej do testowania aż w 46,6% spraw sądowych, a w 39,7% – braku swobody wyrażenia własnej woli. Dokumentacja lekarska była obecna we wszystkich sprawach, w tym w 20,5% spraw była to dokumentacja psychiatryczna i w 20,5% spraw dokumentacja neurologiczna. W znaczącej części spraw niska jakość tej dokumentacji była utrudnieniem w opiniowaniu. Z faktu, że zeznania świadków na ogół w każdej ze spraw krańcowo się różniły między sobą wynika, że albo nie potrafili oni ocenić stanu psychicznego spadkodawcy albo też bywali zainteresowani rozstrzygnięciem sprawy. Wielokrotnie zdarzało się, że lekarze leczący z oddziałów nie psychiatrycznych nie potrafili odpowiedzieć na pytania dotyczące stanu psychicznego. Wynika to z faktu, że koncentrują się oni głównie na somatycznej przyczynie hospitalizacji a ich kontakt z pacjentem jest bardzo ograniczony czasowo. Trudności orzecznicze w odniesieniu do dokumentacji lekarskiej powodowane są głównie tym, że na ogół nie ma konsultacji psychiatrycznych bądź neurologicznych z okresu sporządzania testamentu, nierzadko nie ma żadnej dokumentacji z tego okresu. Dlatego należałoby doradzać osobom chcącym sporządzić testament, aby poddały się w tym okresie dobrowolnej konsultacji psychiatrycznej. Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach

testamentowych jest bardzo żmudne i trudne, a jeszcze trudniejsze jest bronienie swoich racji przed sądem.

The percentage of cases, in which devisors were unable to devise properly was high, what was mostly associated with the frequent drawing up of testaments by chronically ill individuals immediately before death. Grounds for pronouncing the devisor lacking in testamentary capacity were observed in 46.6% of cases, while 39.7% of devisors were found to lack free expression of will. Medical records were available in all the cases, including psychiatric records in 20.5% of cases and neurological records in 20.5%. In the majority of instances, the low quality of medical records hindered formulating expert opinions. The fact that in the majority of cases, the testimonies of witnesses were highly divergent indicated that they were either unable to assess the mental state of the devisor or else were themselves interested in the settlement of the case. Frequently, attending physicians from non-psychiatric wards were unable to answer questions on the mental state of the devisor, what resulted from their focusing on the somatic cause of hospitalization and the fact that their contact with the patient was very limited in time.

Problems with certification on the basis of medical records were mainly associated with lacking psychiatric or neurological consults performed at the time the testament was drawn up; in some instances, the entire medical records from that period were missing. For this reason, individuals desiring to prepare a last will should be advised to undergo voluntary psychiatric assessment

in this period. Medico-legal opinions in testament cases are difficult and time-consuming, but pleading one's case before the court is even more tedious and difficult.

Słowa kluczowe: opiniowanie sądowo-lekarskie, testamenty

Key words: medico-legal opinions, testaments

## WNIOSKI KOŃCOWE OPINII

Analizując wnioski końcowe opinii zauważa się, że odsetki spraw, w których spadkodawcy nie byli

zdolni do w pełni świadomego sporządzenia testamentu, były wysokie, co głównie wiązało się z faktem, że najczęściej sporządzanie testamentów miało miejsce dopiero w krótkim okresie przed zgonem przez osoby obłożnie chore (tab. X). Były podstawy do stwierdzenia braku świadomości koniecznej do testowania aż w 46,6% spraw sądowych; częściej dotyczyło to mężczyzn (51,5%) niż kobiet (42,1%). W 1 sprawie (1,4%) z uwagi na skąpość danych nie można było (na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego w aktach sprawy) ustalić stanu świadomości w okresie sporządzania testamentu; w jednej sprawie Sąd nie zadał pytania o stan świadomości.

Tabela X. Wnioski końcowe z własnych opinii o stanie świadomości w okresie sporządzania testamentów – wg płci.  
Table X. Final conclusions of opinions passed by Department of Forensic Medicine in Poznań on the state of consciousness at the time period of preparing testaments – by sex.

Wnioski końcowe z własnych opinii Final conclusions in own opinions	Kobiety Women		Mężczyźni Men		RAZEM TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
zachowana świadomość przy sporządzaniu wszystkich testamentów consciousness preserved by preparing all testaments	20	52,7	13	37,1	33	45,2
świadomość zachowana przy sporządzaniu pierwszego testamentu, brak świadomości przy sporządzaniu ostatniego testamentu consciousness preserved by preparing first testament, lack of consciousness by preparing the last testament	4	10,5	3	8,6	7	9,6
brak świadomości przy sporządzaniu wszystkich testamentów lack of consciousness by preparing all testaments	12	31,6	15	42,9	27	37,0
niemożność ustalenia stanu świadomości state of consciousness unable to determine	1	2,6			1	1,4
sąd nie zadał pytania o stan świadomości Court did not ask about the state of consciousness	1	2,6	4	11,4	5	6,8
<b>OGÓŁEM TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

Zdarzyła się wysoce kontrowersyjna opinia, w której biegły psychiatra rozpoznawał istnienie psychozy w przypadku, gdy w aktach sądowych nie było żadnej dokumentacji lekarskiej, w której byłby odnotowany choćby ślad istnienia zaburzeń psychicznych. Opinia ta z wnioskiem końcowym o niezdolności do testowania oparta była na zeznaniach świadków, którzy składali zeznania przed sądem w 5-7 lat po zgonie spadkodawcy.

Ponieważ nierzadko osoby sporządzające testament były całkowicie uzależnione od pomocy innych osób – z racji choroby obłożnej – przy czym w większości były to osoby zainteresowane treścią testamentu, zachodziły podstawy aż w 39,7% spraw sądowych do orzeczenia braku swobody wyrażenia własnej woli (tab. XI); nieco częściej dotyczyło to kobiet (42,1%) niż mężczyzn (37,1%).

Tabela XI. Wnioski końcowe z własnych opinii dotyczące możliwości swobodnego wyrażenia woli w okresie sporządzania testamentów – wg płci.

Table XI. Final conclusions of opinions passed by Department of Forensic Medicine in Poznań on the possibility of free expression of will at the time of preparing testaments – by sex.

Wnioski końcowe z własnych opinii Final conclusions in own opinions	Kobiety Women		Mężczyźni Men		RAZEM TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
możliwość swobodnego wyrażenia woli w okresie sporządzania wszystkich testamentów possibility of unconstrained expression of will in the periods of preparing all testaments	15	39,5	8	22,9	23	31,5
możliwość swobodnego wyrażenia woli w okresie sporządzania pierwszego testamentu, brak możliwości swobodnego wyrażenia woli w okresie sporządzania ostatniego testamentu possibility of unconstrained expression of will in the period of preparing first testament, lack of possibility of unconstrained expression of will in period of preparing last testament	4	10,5	2	5,7	6	8,2
brak możliwości swobodnego wyrażenia woli w okresie sporządzania wszystkich testamentów lack of possibility of unconstrained expression of will in periods of preparing all testaments	12	31,6	11	31,4	23	31,5
sąd nie zadał pytania o możliwość swobodnego wyrażenia woli w okresie sporządzania testamentów Court did not ask about the possibility of unconstrained expression of will in periods of preparing testaments	7	18,4	14	40,0	21	28,8
OGÓŁEM TOTAL	38	100,0	35	100,0	73	100,0

W opiniowaniu dotyczącym testamentów ustnych bardzo istotne było rozstrzygnięcie w kwestii: czy zachodziła obawa rychłej śmierci? Sąd postawił takie pytanie biegłym w 13 sprawach. W 5 sprawach, a więc w znacznej części, nie było podstaw do stwierdzenia, że zachodziła obawa rychłej śmierci (tab. XII).

Tabela XII. Wnioski końcowe z własnych opinii dotyczące testamentów szczególnych w kwestii „czy zachodziła obawa rychłej śmierci?” – wg płci.

Table XII. Final conclusions of opinions passed by Department of Forensic Medicine in Poznań on special testaments in association with the issue whether there was a risk of imminent death – by sex.

Odpowiedzi na pytanie: „czy zachodziła obawa rychłej śmierci?” Answers to the question: „if there was the risk of soon death?”	Kobiety Women	Mężczyźni Men	RAZEM TOTAL
TAK YES	3	5	8
NIE NO	3	2	5
OGÓŁEM TOTAL	6	7	13

W 4 przypadkach, w których doszło do zgonu w następstwie choroby nowotworowej i były

podawane narkotyki (morfina, dolargan) oraz leki przeciwbólowe (głównie tramal), sąd postawił pytanie: „czy stosowane leczenie miało wpływ na stan świadomości?” W 3 przypadkach były podstawy do stwierdzenia, że z uwagi na bardzo wysokie dawkowanie tych leków i zaawansowaną chorobę nowotworową istniały podstawy do twierdzącej odpowiedzi na to pytanie sądu (tab. XIII).

Tabela XIII. Wnioski końcowe z własnych opinii w kwestii: „czy stosowane leczenie miało wpływ na stan świadomości?” – wg płci.

Table XIII. Final conclusions of opinions passed by Department of Forensic Medicine in Poznań on the issue whether the employed treatment affected the state of consciousness – by sex.

Odpowiedzi na pytanie: „czy stosowane leczenie miało wpływ na stan świadomości?” Answers to the question: „if used treatment had the influence on the state of consciousness?”	Kobiety Women	Mężczyźni Men	RAZEM TOTAL
TAK YES	2	1	3
NIE NO	1		1
OGÓŁEM TOTAL	3	1	4

W 2 sprawach sąd postawił pytanie: „czy stan zdrowia spadkodawcy umożliwił samodzielne pisanie?” W jednej z tych spraw takiej zdolności nie było z uwagi na stan po udarze mózgu z niedowładem połowicznym prawostronnym i afazją (tab. XIV). W jednym przypadku – gdy sąd nie pytał o zdolność do pisania – zwracał uwagę całkowicie inny podpis i kolejność pisania imienia i nazwiska na testamencie (najpierw imię, potem nazwisko) aniżeli na innych dokumentach podpisanych przez spadkodawcę (najpierw nazwisko, potem pierwsza litera imienia), przy czym – co zdumiewające – sąd nie zwrócił uwagi na te ewidentne różnice.

Tabela XIV. Wnioski końcowe z własnych opinii w kwestii: „czy stan zdrowia umożliwił samodzielne pisanie?” – wg płci.

Table XIV. Final conclusions of opinions passed by Department of Forensic Medicine in Poznań on the issue whether the health status allowed for writing – by sex.

Odpowiedzi na pytanie: „czy stan zdrowia umożliwił samodzielne pisanie?” Answers to the question: „if state of health made possible unaided writing?”	Kobiety Women	Mężczyźni Men	RAZEM TOTAL
TAK YES	1		1
NIE NO	1		1
OGÓŁEM TOTAL	2		2

### Jakość dokumentacji lekarskiej i jej przydatność w orzekaniu

Szczególnie istotne znaczenie orzecznicze ma dokumentacja lekarska i jej rodzaj (oryginalne historie chorób, karty informacyjne leczenia szpitalnego, kartoteki poradniane) oraz jakość, w tym możliwość odczytania (na ogół była to dokumentacja pisana ręcznie, w większości trudno czytelna czy wręcz w części nieczytelna). Dokumentacja lekarska była obecna we wszystkich sprawach, w tym w 20,5% spraw była to dokumentacja psychiatryczna i w 20,5% spraw dokumentacja neurologiczna (tab. XV). Oczywiście dokumentacja psychiatryczna i neurologiczna ma zazwyczaj największe znaczenie orzecznicze w omawianych sprawach, ale uzależnione to jest od takich kwestii, jak: z jakiego okresu ona pochodzi (na ile bliskiego okresowi sporządzenia testamentu), na ile jest ona dokładna i rzetelna (zazwyczaj najprzydatniejsza jest dokumentacja szpitalna z oddziałów psychiatrycznych, najmniej przydatne są te części kartotek poradnianych, gdzie znajdują się tylko daty i nazwy powtarzanych leków). Mając na względzie powyższe elementy oceny dokonano stratyfikacji jakości dokumentacji lekarskiej pod względem jej przydatności w orzekaniu testamentowym na następujące kategorie: „bardzo dobra”, „dobra”, „słaba”, „bardzo słaba” – wykazując, że w znaczącej części spraw niska jakość tej dokumentacji była utrudnieniem w opiniowaniu (tab. XVI). W 1 przypadku istniały wyraźne podstawy do twierdzenia, że dokumentacja lekarska była sfałszowana (zasadnicze niezgodności pomiędzy kartoteką a dokumentacją szpitalną z tego samego okresu).

Tabela XV. Obecność w aktach sprawy dokumentacji lekarskiej: psychiatrycznej, neurologicznej i innej – wg płci.

Table XV. The presence of psychiatric, neurological and other medical records in case files – by sex.

Dokumentacja Documentation	Kobiety Women		Mężczyźni Men		RAZEM TOTAL	
	n = 38	%	n = 35	%	n = 73	%
psychiatryczna psychiatric	7	18,4	8	22,9	15	20,5
neurologiczna neurologic	10	26,3	5	14,3	15	20,5
inna other	36	94,7	33	94,3	69	94,5

Tabela XVI. Ocena jakości całości dokumentacji lekarskiej oraz dokumentacji psychiatrycznej i neurologicznej pod kątem możliwości udzielenia odpowiedzi na pytania postawione przez sąd – wg płci.

Table XVI. Evaluation of the quality of the entire medical, psychiatric, neurological and other medical records as to the ability of providing answers to questions posed by the court – by sex.

Ocena jakości Quality evaluation	Kobiety Women		Mężczyźni Men		RAZEM TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
całości dokumentacji lekarskiej of whole medical documentation						
bardzo dobra very good	1	2,6	2	5,7	3	4,1
dobra good	9	23,7	13	37,1	22	30,1
słaba poor	21	55,3	12	34,3	33	45,2
bardzo słaba very poor	7	18,4	8	22,9	15	20,6
OGÓŁEM TOTAL	38	100,0	35	100,0	73	100,0
dokumentacji psychiatrycznej psychiatric documentation:						
bardzo dobra very good	1	2,6	2	5,7	3	4,1
dobra good	4	10,5	2	5,7	6	8,3
słaba poor	5	13,2	1	2,9	3	4,1
brak takiej dokumentacji lack of such documentation	28	73,7	30	85,7	58	79,5
OGÓŁEM TOTAL	38	100,0	35	100,0	73	100,0
dokumentacji neurologicznej neurologic documentation:						
bardzo dobra very good	1	2,6			1	1,3
dobra good	3	7,9	4	11,4	7	9,6
słaba poor	3	7,9	4	11,4	7	9,6
brak takiej dokumentacji lack of such documentation	31	81,6	27	77,2	58	79,5
OGÓŁEM TOTAL	38	100,0	35	100,0	73	100,0

### Ocena zeznań świadków

Liczba przesłuchiwanym świadków wahała się od zera (w 6,8% sprawach) do 27 (tab. XVII). Z faktu, że zeznania świadków na ogół w każdej ze spraw krańcowo się różniły między sobą wynika, że albo

nie potrafili oni ocenić stanu psychicznego spadkodawcy albo też bywali zainteresowani rozstrzygnięciem sprawy [3]. Dlatego jest niejako „normą”, że zeznania świadków są ze sobą wyraźnie sprzeczne, ewidentnie się wykluczające.

Tabela XVII. Liczba przesłuchanych świadków – wg płci spadkodawców.

Table XVII. Number of interrogated witnesses – by sex of devisors.

Liczba świadków Number of witnesses	Płeć spadkodawców Devisor's sex					
	Kobiety Women		Mężczyźni Men		RAZEM TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0	4	10,5	1	2,9	5	6,8
1-5	18	47,5	7	20,0	25	34,2
6-10	14	36,8	16	45,7	30	41,2
11-15	1	2,6	9	25,7	10	13,7
powyżej 15 more than 15	1	2,6	2	5,7	3	4,1
OGÓŁEM TOTAL	38	100,0	35	100,0	73	100,0

### Ocena zeznań świadków lekarzy i pielęgniarek

Wielokrotnie zdarzało się, że lekarze leczący z oddziałów nie psychiatrycznych (ordynatorzy i lekarze bezpośrednio opiekujący się pacjentem) nie potrafili odpowiedzieć na pytania dotyczące stanu psychicznego. Wynika to z faktu, że koncentrują się oni głównie na somatycznej przyczynie hospitalizacji a ich kontakt z pacjentem jest bardzo ograniczony czasowo.

W 1 przypadku lekarz-specjalista kardiolog wystawił zaświadczenie lekarskie o możliwościach porozumiewania się z pacjentem na oddziale intensywnej opieki kardiologicznej, które budziło daleko idące wątpliwości z uwagi na ewidentne objawy agonii.

Znacznie lepszym źródłem informacji od lekarzy z oddziałów szpitalnych bywają lekarze ambulatoryjni, zwłaszcza lekarze rodzinni.

W szpitalach nierzadko dłuższy i częstszy bezpośredni kontakt z pacjentem, zwłaszcza obłożnie chorym, mają pielęgniarki. Często bywa, że potrafią one bardzo rzeczowo opisać zachowanie pacjenta (np. ucieczki z oddziału z powodu ewidentnych zaburzeń świadomości), powody wezwań na salę, itp. W 2 sprawach raporty pielęgniarskie z dyżurów szpitalnych miały bardzo istotne znaczenie w opiniowaniu.

### Opinie uzupełniające

W 11 sprawach (na 73) sądy zwróciły się o uzupełnienie opinii na piśmie. W 2 sprawach, z uwagi na dołączenie do akt sprawy nowej, bardzo istotnej orzeczniczo dokumentacji, były podstawy do zmiany dotychczasowych wniosków końcowych we własnych opiniach uzupełniających (tab. XVIII).

Tabela XVIII. Wnioski końcowe z własnych opinii uzupełniających: podtrzymanie lub zmiana dotychczasowych wniosków – wg płci spadkodawców.

Table XVIII. Final conclusions of supplementary opinions passed by Department of Forensic Medicine in Poznań: supporting or changing the previously formulated conclusions – by sex of devisors.

Wnioski końcowe z własnych opinii uzupełniających Final conclusions in own supplemental opinions		Płeć spadkodawców Devisor's sex		
		Kobiety Women	Mężczyźni Men	RAZEM TOTAL
podtrzymanie dotychczasowych wniosków support of previous conclusions		4	5	9
zmiana dotychczasowych wniosków z: change of previous conclusions from:	istniała zdolność do testowania na nieistnienie tej zdolności there was the ability to bequeath for lack of such ability	1	1	2
	nie istniała zdolność do testowania na istnienie tej zdolności there was not the ability to bequeath for the presence of such ability			
OGÓŁEM TOTAL		5	6	11

W większości spraw sądy przesłuchiwały biegłych na okoliczność sporządzonych opinii sądowno-lekarskich.

### Dyskusja i wnioski

Należy przypomnieć, że w sprawach, w których sądy – rozpatrując uznanie za ważny bądź nieważny określony testament (bądź testamenty) – zwracają się do lekarzy biegłych sądowych o sporządzenie opinii na okoliczność ustalenia stanu zdrowia psychicznego i zdolności do testowania w dacie sporządzenia testamentu wyraźnie daje się zauwa-

żyć, że mimo uznania specjalnych kwalifikacji biegłego/biegłych przewyższających w tej dziedzinie kwalifikacje sądu, opinia biegłego/biegłych stanowi jedynie materiał dowodowy podlegający swobodnej ocenie sądu, nie mający wiążącej mocy prawnej, która może być przez sąd przyjęta lub odrzucona [4]. Spowodowane jest to tym, że biegły/biegli sporządzający opinie sądowno-lekarskie w sprawach testamentowych wcale nierzadko dochodzą do odmiennych wniosków końcowych – czyli opinii przeciwstawnych, i to także w sytuacjach, gdy w okresie między sporządzeniem poszczególnych opinii

do akt sprawy nie zostały dołączone żadne nowe dowody (dokumentacja lekarska, zeznania świadków). W materiale własnym, gdzie w 14 sprawach sądowych (19,2%) były już uprzednio wydane 2 lub 3 opinie sądowno-lekarskie tylko w 4 przypadkach wnioski uprzednio opiniujących biegłych były całkowicie zgodne, w 4 przypadkach częściowo zgodne a w pozostałych 6 całkowicie sprzeczne – opinie przeciwstawne (tab. II).

Ponieważ stan zdrowia psychicznego spadkodawcy można oceniać tylko pośmiertnie, opinia musi być wydana wyłącznie na podstawie materiału dowodowego zawartego w aktach sprawy, tj. głównie: 1) dokumentacji lekarskiej oraz 2) zeznań świadków.

Trudności orzecznicze w odniesieniu do dokumentacji lekarskiej powodowane są głównie tym, że na ogół nie ma konsultacji psychiatrycznych bądź neurologicznych z okresu sporządzania testamentu, nierzadko nie ma żadnej dokumentacji z tego okresu testamentu. Dlatego należałoby doradzać osobom chcącym sporządzić testament, aby poddały się w tym okresie dobrowolnej konsultacji psychiatrycznej.

Jeszcze większe trudności orzecznicze napotyka się w odniesieniu do zeznań świadków, gdzie niemalże w każdej sprawie jest tak, że zeznania świadków diametralnie się różnią – zależy to głównie od tego, która strona procesowa wnioskuje o przesłuchanie świadka przed sądem. Zazwyczaj najbardziej obiektywne zeznania pochodzą od osób nie zainteresowanych procesem; głównie są to lekarze i pielęgniarki.

Zdarza się, że zarówno dokumentacja lekarska jak i zeznania świadków są bardzo skąpe.

Z podanych wyżej powodów opiniowanie sądowno-lekarskie jest bardzo żmudne i trudne, a jeszcze trudniejsze jest bronienie swoich racji przed sądem, odpowiadanie na bardzo drobiazgowo pytania adwokatów. Skutkiem tego, niemalże „regułą” jest to, iż opinie biegłych sądowych są podważane przez jedną ze stron; bardzo często dopuszczany jest dowód z opinii kolejnych (zdarza się, iż kilku) biegłych bądź zespołów biegłych sądowych.

Wy tłumaczenie tego, że opiniujący lekarze mogą inaczej interpretować niektóre fakty (bo niekiedy nie

sposób się wyzwolić od subiektywnych wyobrażeń) i przez to dochodzić do odmiennych wniosków końcowych (opinie przeciwstawne), wynikać może nie tylko z poziomu wiedzy i doświadczenia w opiniowaniu, ale także z oceny moralnej spadkodawcy (kierowania się tzw. „zasadą sprawiedliwości społecznej”), co przecież nie powinno podlegać ocenie biegłego [5, 6]. Oczywiście, że śladu tych ocen moralnych nie znajdzie w żadnej z opinii sądowno-lekarskich i zeznaniach biegłych przed sądem, ale bywają one czasami ujawniane w nieformalnych rozmowach pomiędzy biegłymi. Na przykład doświadczona lekarka – psychiatra, która wydała opinię przeciwstawną do biegłego zadającego pytanie, ujęła to kiedyś w takich nieformalnych okolicznościach następująco: „jak on mógł tak skrzywdzić własne dzieci zapisując wszystko konkubinie?”.

#### PIŚMIENNICTWO:

1. Niedośpiał M.: Wzory testamentów z komentarzem. Wyd. STO, Bielsko-Biała 2000.
2. Drzewicki M.: Spadek – dziedziczenie – testament. Wyd. Harmonia, 2000.
3. Gierowski J. K., Heitzman J., Szymusik A.: Psychiatria sądowa. [w:] Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): Psychiatria – t. 3: Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne. Urban & Partner, Wrocław 2003.
4. Przybysz J.: Psychiatria sądowa – opiniowanie w procesie karnym. Fundacja Tumult, Toruń 2003.
5. Marek Z.: Wybrane problemy opiniowania sądowno-lekarskiego. Zakamycze, Kraków 2004.
6. Skupień E.: Opiniowanie w sprawach o unieważnienie testamentu lub umowy darowizny. Prawo i Medycyna, 2005, (19, 7), 2, 111-121.

Adres autorów:

Katedra Medycyny Społecznej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Rokietnicka 5c  
60-806 Poznań  
e-mail: jmarcin@amp.edu.pl