

Tomasz Jurek, Barbara Świątek, Radosław Drozd

Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach nietrzeźwości personelu medycznego

Medico-legal opinionating in cases of insobriety in medical personnel

Z Katedry Medycyny Sądowej, Zakładu Prawa Medycznego, Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. B. Świątek

Autorzy analizują problem nietrzeźwości personelu medycznego w miejscu pracy. Poza typową dla spraw o „błąd medyczny” oceną prawidłowości postępowania medycznego, oceniany jest stopień niebezpieczeństwa dla zdrowia lub życia pacjentów, jakie niósł ze sobą stan nietrzeźwości lekarza, niezależnie od merytorycznej poprawności jego działań. Odpowiedzialność karna realizuje się w przypadku wypełnienia znamion narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu. Niezbędna jest analiza czynności, jakie wykonywał lub powinien wykonać lekarz w stosunku do chorych, ich sytuacji zdrowotnej (stopnia zagrożenia życia lub zdrowia), wpływu stanu nietrzeźwości lekarza na zdolność do percepcji, oceny rzeczywistości i podejmowania decyzji i działań. Brak w obowiązującym prawie odpowiednika art. 147 kodeksu karnego z 1969 roku stanowi problem w penalizacji nietrzeźwości personelu medycznego.

The authors analyzed the medico-legal opinions in cases of insobriety in medical personnel. The studies were based on the results of 157 medico-legal evaluations in criminal cases performed in the years 2005-2007. Expert appraisals included: correctness of medical management, degree of exposure to direct danger of death or grave detriment to health associated with alcohol intoxication of a physician, regardless of his activities being correct in their merits, as well as influence of insobriety on personnel behavior. Penal responsibility is implemented in case of exposing the patient to direct danger to life or severe

detriment to health. The necessary analysis should include activities that have been or should have been performed by a physician with respect to his patients, their health status (degree of danger to life or health) and the effect of the physician's alcohol intoxication on his abilities to perceive and assess the reality, make decisions and perform his duties. The Polish law in force lacking the equivalent of Article 147 found in the Polish penal code of 1969 causes problems in penalization of insobriety in medical personnel.

Słowa kluczowe: opiniowanie sądowo-lekarskie, nietrzeźwość, błąd medyczny, odpowiedzialność karna

Key words: medico-legal opinionating, insobriety, medical error, criminal responsibility

WSTĘP

Nietrzeźwość lekarzy i personelu medycznego w czasie pracy jest coraz częściej przedmiotem opiniowania sądowo-lekarskiego. W takich sprawach, z reguły nagłośnionych przez media, wszczynane jest postępowanie karne z urzędu. Prokurator bada, czy miało miejsce przestępstwo przeciwko zdrowiu i życiu. Niezbędna staje się opinia biegłego lekarza. Opinia ta ma jednak zupełnie inny charakter niż w przypadkach typowych błędów medycznych.

MATERIAŁ

Autorzy w ciągu ostatnich 3 lat opiniowali w 13 sprawach dotyczących przypadków nietrzeźwości personelu medycznego w miejscu pracy. Każda z nich dotyczyła udzielania świadczeń zdrowotnych kilku lub kilkunastu pacjentom. Taka sytuacja zmuszała do analizy oddzielnych sytuacji zdrowotnych i odrębnej oceny postępowania w stosunku do każdego z chorych. W praktyce oznacza to, że ilość opinii w każdej sprawie była równa ilości pacjentów. Prokuratura prowadziła 12 spraw pod kątem narażenia chorych na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu (art. 160 k.k.), 1 sprawa dotyczyła nieumyślnego spowodowania śmierci (art. 155 k.k.). Na etapie wydawania opinii postępowania toczyły się „w sprawie” a nie „przeciwko”, nie przedstawiono bowiem nikomu zarzutów. Sprawy dotyczyły: 4 przypadki – lekarze pogotowia ratunkowego, 3 przypadki – lekarze poradni specjalistycznych, 2 przypadki – lekarze dyżurujący na izbach przyjęć, 2 przypadki – lekarze dyżurni na oddziałach szpitalnych, 2 przypadki – pielęgniarki gabinetów zabiegowych. Za pokrzywdzonych w tych sprawach uznano 157 pacjentów. Uwagę zwraca fakt, że tylko 4 osoby spośród nich w rzeczywistości uważało się za pokrzywdzonych. Pozostali wyraźnie podkreślali w zeznaniach, że nie mają żadnych zastrzeżeń do pracy lekarza i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. W zachowaniu lekarzy 12 pacjentów dostrzegło objawy mogące świadczyć o nietrzeźwości. We wszystkich przypadkach, poza jednym, uznaliśmy, że postępowanie personelu medycznego było prawidłowe pod względem merytorycznym. Brak było podstaw do przyjęcia, aby w którymkolwiek przypadku doszło do narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu czy też nieumyślnego spowodowania śmierci z powodu stanu nietrzeźwości personelu medycznego.

W sprawach tych doszło do uchybień w procedurach¹ pobierania materiału do badań przez policjantów wezwanych na interwencję i wyko-

nywania badań na zawartość alkoholu w organizmie [1, 2, 3]. W 6 przypadkach ograniczono się jedynie do zbadania powietrza wydychanego za pomocą urządzenia do wstępnej kontroli trzeźwości, w 4 przypadkach powtórzono badanie za pomocą urządzenia dającego pewny wynik, działającego na zasadzie absorpcji w podczerwieni. Tylko w 3 przypadkach pobrano krew do badania. To mogło stanowić poważny problem dowodowy w dalszym toku postępowania, w przypadkach, w których stwierdzono by wpływ stanu nietrzeźwości lekarza na sytuację zdrowotną chorych.

DYSKUSJA

Zasady opiniowania w przypadkach nietrzeźwości personelu medycznego

Zakres opinii sądowo-lekarskiej określają pytania zawarte w postanowieniu o powołaniu biegłego. W sprawach nietrzeźwości personelu medycznego, z reguły można wyróżnić trzy zasadnicze rodzaje pytań. Dotyczą one:

1. oceny merytorycznej prawidłowości postępowania lekarskiego
2. związku pomiędzy nietrzeźwością pracownika a prawidłowością jego postępowania
3. wpływu nietrzeźwości na domniemany skutek prawny (narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu, śmierć chorego).

Pytania te odzwierciedlają zasadnicze problemy jakie pojawiają się w takich sytuacjach. Prawidłowość postępowania lekarza może być przecież niezależna od tego czy był on trzeźwy, czy też nie. Nieprawidłowe postępowanie może wynikać z wielu rozmaitych czynników, niekoniernie z faktu nietrzeźwości. W sytuacjach gdy postępowanie jest prawidłowe istotne staje się ustalenie, czy mimo to nietrzeźwość lekarza nie wywołała określonych skutków prawnych.

Ocena prawidłowości merytorycznej postępowania lekarskiego nie różni się w tych przy-

¹ Zgodnych z: Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 maja 1983 roku w sprawie warunków i sposobu dokonywania badań na zawartość alkoholu w organizmie, DzU 83.25.117; zarządzenie nr 496 Komendanta Głównego Policji z dnia 25 maja 2004 roku w sprawie badań na zawartość w organizmie alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu, Dz. Urz. KGP. 04.9.40; Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku kodeks postępowania karnego, DzU 97.89.555 z póź. zm., art. 74, art. 308, patrz też szerzej: Filar M.: Prawne problemy pobrania krwi od osoby podejrzanej o popełnienie przestępstwa; Prawo i Medycyna 13, 2003, 49-53, Dukiet-Nagórska T.: Uwagi o pobieraniu krwi dla ustalenia poziomu zawartości alkoholu w organizmie osoby podejrzanej, która nie wyraża na to zgody, Prawo i Medycyna 13, 2003, 54-66.

padkach od typowych spraw o błąd medyczny [4, 5]. Analizie zostaje poddany materiał dowodowy w postaci całości dokumentacji medycznej, zeznań lekarza, pacjentów i pozostałych świadków. Wnioski wyciągane są z pozycji *ex ante*, dotyczą merytorycznej oceny podjętych działań i ewentualnych zaniechań. Związek pomiędzy zmianą sytuacji zdrowotnej chorego a nieprawidłowym postępowaniem medycznym ustalany jest z wykorzystaniem reguł przypisywalności [6] obowiązujących w postępowaniu karnym oraz testów logiki formalnej.

Znacznie trudniejsza jest ocena wpływu nietrzeźwości pracownika na prawidłowość jego postępowania i na sytuację zdrowotną pacjenta. Pojęcie nietrzeźwości w przepisach regulowane jest za pomocą ściśle określonej normy. Kodeks karny w art. 115 precyzuje, że chodzi tu, stężenie alkoholu we krwi przekraczające lub prowadzące do przekraczającego 0,5‰. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹ poza identyczną definicją wprowadza w art. 46 pojęcie: stan po użyciu alkoholu – gdy stężenie wynosi lub prowadzi do wartości od 0,2‰ do 0,5‰. W ten sposób ustawodawca wyodrębnił w zespole reakcji organizmu, będących wynikiem działania alkoholu etylowego, dwie prawnie usankcjonowane sytuacje. Obie odnoszą się jednak do sankcji karnych przewidzianych w przepisach o bezpieczeństwie w komunikacji i części wojskowej kodeksu karnego². Wówczas sposób rozumowania jest prosty – została przekroczona norma – zostało popełnione przestępstwo. Już sam stan nietrzeźwości decyduje o naruszeniu normy. Bez znaczenia jest stopień zaburzeń psychofizycznych, jakie powoduje alkohol. Brak jest jednak bezpośredniego związku pomiędzy stanem nietrzeźwości a penalizacją czynów godzących w zdrowie i życie w sytuacjach nie związanych z komunikacją. Dyspozycje wyrażone w przepisach o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia czy nieumyślnym spowodowaniu śmierci (art. 160 i 155 k.k.), nie są zależne od stanu trzeźwości sprawcy. To zmusza do odszukania czynników

wynikających z upojenia alkoholowego, które mogą mieć wpływ na popełnienie przestępstwa.

W poprzednim kodeksie karnym w rozdziale dotyczącym przestępstw przeciwko bezpieczeństwu publicznemu istniał artykuł 147³ wypełniający tę lukę prawną. Uwzględniał on możliwość narażenia życia i zdrowia człowieka poprzez wykonywanie czynności zawodowych w stanie nietrzeźwości. Łączył on zagrożenie wynikające ze stanu upojenia alkoholowego z sytuacjami nie związanymi z komunikacją. Penalizowana była już sama możliwość narażenia na niebezpieczeństwo dóbr chronionych prawem, co doskonale pasowało do sytuacji lekarza nietrzeźwego w miejscu pracy. Obowiązujący kodeks karny nie umieścił w swym katalogu tego przepisu, gdyż według legislatorów „był on martwy”.

W chwili obecnej, aby mówić o odpowiedzialności karnej, musi zostać spełniona dyspozycja art. 160 k.k. mówiąca o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu. Jest to przestępstwo skutkowe. Skutkiem jest tu stan niebezpieczeństwa, który zostaje spowodowany na pokrzywdzonego lub spotęgowany poprzez działanie lub zaniechaniem określonego działania przez sprawcę. Zagrożenie to musi być bezpośrednio, co poza synonimem braku zdarzeń pośrednich dzielących przyczynę i skutek oznacza: wysoce prawdopodobne, realne, mogące zrealizować się w najbliższym czasie [7, 8, 9, 10, 11]. W praktyce narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia to sytuacja gdy dobra te znajdują się blisko „krawędzi”, na granicy – po przekroczeniu której realizuje się skutek biologiczny – śmierć lub ciężki uszczerbek na zdrowiu. To diametralna różnica w „stopniu zagrożenia” koniecznego do realizacji znamion czynu w porównaniu z art. 147 d.k.k.

Jedną z możliwych sytuacji spotykanych w opiniowaniu jest prawidłowe merytorycznie postępowanie lekarza pomimo stanu nietrzeźwości. Wówczas dla oceny zdarzenia istotne staje się ustalenie wpływu nietrzeźwości lekarza na bezpieczeństwo zdrowotne chorych. Brak

¹ DzU 02.147.1231

² Patrz art. kodeksu karnego: 42, 47, 173-180, 357.

³ Ustawa kodeks karny z 1969 roku (d.k.k.), DzU 69.13.94, z póź. zm., art. 147: Art. 147. § 1. Kto w stanie nietrzeźwości pełni czynności związane bezpośrednio z zapewnieniem bezpieczeństwa ruchu pojazdów, podlega karze pozbawienia wolności do lat 2, ograniczenia wolności albo grzywny. § 2. Tej samej karze podlega, kto w stanie nietrzeźwości podejmuje inne niż wymienione w § 1 czynności zawodowe, których pełnienie w takim stanie może narazić na bezpośrednie niebezpieczeństwo życia lub zdrowie ludzkie albo mienie w znacznych rozmiarach.

bezpośredniej penalizacji takiej sytuacji w obowiązującym kodeksie karnym zmusza do złożonej analizy w oparciu o poniższe elementy.

Ustalenie czasu trwania nietrzeźwości

W większości podobnych spraw mamy do czynienia z co najmniej kilkugodzinnym okresem dyżuru lub pracy lekarza, który zostaje przerwany zgłoszeniem na policję o podejrzeniu nietrzeźwości. Badanie na zawartość alkoholu odbywa się z reguły w czasie od pół do 2-3 godzin po tym fakcie. Prokurator zlecając opinię przyjmuje, mniej lub bardziej świadomie, że stan nietrzeźwości lekarza trwał przez cały czas jego pracy. Taka teza będzie jednak wymagała weryfikacji w oparciu o następujące elementy:

- dane z zeznań lekarza i świadków o spożyciu alkoholu
- dane z zeznań świadków odnoszące się do opisu zachowania lekarza i zauważalnych cech upojenia alkoholowego (zapach alkoholu z ust, zaburzenie mowy, chodu, równowagi itp.)
- w przypadku spełnienia koniecznych warunków rachunek retrospektywny lub prospektywny dla sprawdzenia korelacji danych o spożyciu alkoholu z wynikami badań.

We wszystkich opiniowanych przez nas przypadkach, poza jednym, kwestia czasu trwania nietrzeźwości na tym etapie postępowania nie była w ogóle poruszana. Z tego powodu analizowaliśmy sytuację wszystkich potencjalnych pokrzywdzonych. Nie mniej jednak, ze względów dowodowych ustalenia takie mogą mieć kolosalne znaczenie w dalszym toku sprawy. W oparciu o dane z dokumentacji medycznej o czasie wykonywania poszczególnych czynności przez lekarza w stosunku do określonych pacjentów należało by zweryfikować czy rzeczywiście można wykazać, że był on w tym czasie w stanie nietrzeźwości.

Korelacja pomiędzy stopniem nietrzeźwości a zaburzeniami psychofizycznymi

Stan nietrzeźwości jest pojęciem prawnym, jego stopień tylko częściowo koreluje z objawami działania alkoholu na organizm. W zależności od osobniczych predyspozycji, ilości, rodzaju, mocy, sposobu konsumpcji i szeregu innych czynników przy takim samym stężeniu alkoholu we krwi różna może być reakcja organizmu. Nawet przy dużych poziomach etanolu we krwi rzędu 2-3‰

objawy działania alkoholu mogą być niezauważalne. Z medyczo-toksykologicznego punktu widzenia nie można w sposób ścisły określonym zaburzeniom psychomotorycznym przyporządkować objawów klinicznych ani wartości liczbowych stężeń alkoholu [12, 13, 14]. Do typowych objawów upojenia należy ograniczenie zdolności psychomotorycznych. To właśnie ma diametralne znaczenie dla oceny postępowania lekarza. W tezie prokuratora zawarta jest bowiem sugestia: stan nietrzeźwości sprawił, że zostało narażone życie i zdrowie pacjentów poprzez ograniczenie zdolności psychofizycznych, percepcji pewnych zjawisk, ich analizy, poprawnego wnioskowania i podejmowana decyzji, wreszcie brak możliwości sprawnego działania. Oceniając sytuację pod tym kątem zmuszeni jesteśmy zweryfikować stopień zaburzeń psychomotorycznych występujących u lekarza za pomocą: oceny stężenia alkoholu we krwi, w przypadku gdy istnieją takie możliwości analizę zmiany stężenia w czasie; oceny zachowania lekarza odnotowanych przez świadków, w czasie gdy udzielał on świadczeń zdrowotnych.

Ocena stanu bezpośredniego narażenia życia lub zdrowia

Zgodnie z przedstawioną powyżej sądowno-lekarską wykładnią art. 160 k.k. niezbędne staje się ustalenie stopnia zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów przez nietrzeźwego pracownika medycznego. Taka analiza opiera się na dwóch czynnikach:

1. Ocena sytuacji zdrowotnej pacjentów pod kątem stopnia zagrożenia życia lub zdrowia. Dla przykładu można podać dwie skrajne sytuacje: w pierwszej znajduje się chory z powierzchowną raną ciętą palca – taki człowiek będzie bardzo „daleko” od możliwości utraty życia lub powstania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Obojętnie jakie działania podjął by lekarz wobec niego lub jakich działań by nie podjął, obojętnie jak głęboko byłby upojony alkoholem – narażenie życia lub zdrowia jest mało prawdopodobne. Druga sytuacja: chory z objawami zawału mięśnia sercowego – znajduje się w bezpośrednim zagrożeniu życia – stąd ograniczona przez nietrzeźwość lekarza możliwość analizy sytuacji i działania może realizować dyspozycję art. 160 k.k.
2. Ocena stopnia niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia działań podejmowanych

przez lekarza. Pewne działania niezależnie od ich poprawności, np. wypisanie skierowania na zabiegi rehabilitacyjne, nie niosą ze sobą takiego zagrożenia. Zupełnie inaczej wygląda sprawa w przypadku operacji kardiochirurgicznej: tu sam charakter zabiegu i związane z tym ryzyko lecznicze sprawia, że chory znajduje się blisko granicy śmierci. Wówczas ograniczenie zdolności psychofizycznych lekarza z powodu upojenia alkoholowego niesie ze sobą bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia.

WNIOSKI

Nietrzeźwość personelu medycznego w miejscu pracy jest problemem prawnym i medyczno-sądowym. Odpowiedzialność lekarza w takich sytuacjach może być:

- dyscyplinarna w miejscu pracy
- zawodowa – lekarz łamie w ten sposób szereg zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej
- oparta o kodeks wykroczeń – art. 70¹
- w szczególnych sytuacjach możemy mówić o odpowiedzialności karnej z art. 160 k.k. lub 155 k.k.

W przypadku odpowiedzialności karnej niezbędne staje się ustalenie:

- prawidłowości postępowania medycznego pod względem merytorycznym, niezależnie od stanu nietrzeźwości
- stopnia nietrzeźwości, czasu trwania tego stanu, stopnia zaburzeń psychomotorycznych
- wpływu stanu nietrzeźwości na prawidłowość postępowania lekarza
- ocena sytuacji zdrowotnej pacjentów, postępowania lekarza i charakteru podejmowanych działań pod kątem możliwości narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu z powodu zaburzeń psychomotorycznych wynikających z działania alkoholu.

Brak odpowiednika dawnego art. 147 w obowiązującym kodeksie karnym w naszym przekonaniu stanowi lukę prawną uniemożliwiającą

bezpośrednią penalizację nietrzeźwości personelu medycznego w miejscu pracy. Zasadnym byłoby wprowadzenie odpowiednika tego artykułu do obowiązujących przepisów.

PIŚMIENNICTWO

1. Zasady przeprowadzania pomiarów stężenia alkoholu oraz opiniowania w sprawach trzeźwości; Zalecenia opracowane przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii w dniu 26 listopada 2004, Prok. i Pr., 4, 2005, 149-180.

2. Dukiet-Nagórska T.: Uwagi o pobieraniu krwi dla ustalenia poziomu zawartości alkoholu w organizmie osoby podejrzanej, która nie wyraża na to zgody, Prawo i Medycyna 13, 2003, 54-66.

3. Filar M.: Prawne problemy pobrania krwi od osoby podejrzanej o popełnienie przestępstwa; Prawo i Medycyna 13, 2003, 49-53.

4. Świątek B.: Odpowiedzialność karna lekarza w praktyce medyka sądowego; Fram. Med. Prim. Care. Rev. 2005, 7, 2, 199-206.

5. Świątek B.: Błąd medyczny w praktyce medyka sądowego, w: Nauka wobec prawdy sądowej: księga pamiątkowa ku czci profesora Zdzisława Kegla; red. Ryszard Jaworski, Maciej Szostak; Wrocław: Katedra Kryminalistyki Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, 2005, 517-526.

6. Gardocki L.: Prawo karne, C.H. Beck, 1999.

7. Daszkiewicz K.: Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, Rozdział XIX Kodeksu Karnego, Komentarz, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2000.

8. Jurek T., Maksymowicz K.: Opiniowanie sądowno-lekarskie a ustalanie „narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu, Arch. Med. Sąd. Krym. 2005, 55, 1, 66-74.

9. Teresiński G., Mądro R.: Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia I. Problem skutku potencjalnego w opiniowaniu sądowno-lekarskim, Arch. Med. Sąd. Krym. 2001, 51, 1, 45-57.

¹ Ustawa kodeks wykroczeń z dnia 20 maja 1971 roku, DzU 71.12.114 z póź. zm., art. 70. § 1. Kto, będąc niezdolny do czynności, której nieumiejętne wykonanie może wywołać niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia człowieka, taką czynność przedsięwzięje albo kto porucza ją osobie do jej wykonania niezdolnej lub wbrew obowiązкови nadzoru dopuszcza do wykonania takiej czynności przez osobę niezdolną, podlega karze aresztu albo grzywny. § 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew obowiązкови zachowania trzeźwości znajduje się w stanie po użyciu alkoholu lub podobnie działającego środka i podejmuje w tym stanie czynności zawodowe.

10. Teresiński G., Mądro R.: Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia II. Możliwości, warunki i granice lekarskiej oceny narażenia na niebezpieczeństwo życia lub zdrowia ludzkiego oraz kryteria medycznej kwantyfikacji stopnia narażenia, Arch. Med. Sąd. Krym. 2001, 51, 2, 105-118.

11. Michalski B.: Nowa kodyfikacja karna, Ministerstwo Sprawiedliwości, Departament Kadr i Szkolenia, Warszawa 2000, 251.

12. Gubała W.: Toksykologia alkoholu, IES, Kraków 1997.

13. Kostrowski W. (red): Działanie biologiczne alkoholu etylowego, PWN, Warszawa 1991.

14. Dzida J.: Wartość badania przedmiotowego w sądowo-lekarskiej ocenie trzeźwości, Rozprawa doktorska, Wojskowa Akademia Medyczna, 1985.

Adres pierwszego autora:

dr n. med., mgr prawa Tomasz Jurek

Katedra Medycyny Sądowej

Zakład Prawa Medycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

ul. J. Mikulicza Radeckiego 4

50-368 Wrocław

tel. 71 784 14 74

tjurek@forensic.am.wroc.pl