

©Borgis

Piotr Hartmann, *Teresa Jackowska

Dziecko pobite. Postępowanie w przypadku używania przemocy fizycznej w krzywdzeniu dzieci**

Child beaten. Proceeding in the use of physical violence in child abuse

Klinika Pediatrii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa
Kierownik Kliniki: dr hab. med. Teresa Jackowska, prof. nadzw. CMKP

Słowa kluczowe

przemoc w rodzinie, dziecko krzywdzone, uraz nieprzypadkowy, maltretowanie dzieci

Keywords

domestic violence, child abuse, non-accidental injury, child maltreatment

Konflikt interesów

Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres/address:

*Teresa Jackowska
Klinika Pediatrii
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa
tel. +48 (22) 864-11-67
tjackowska@cmkp.edu.pl

WPROWADZENIE

Dziecko z urazem może być pacjentem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR), Izby Przyjęć (IP), poradni rejonowej (POZ). Urazy stają się częstszą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży wraz z wiekiem

Streszczenie

Dziecko z urazem może być pacjentem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Izby Przyjęć i poradni. W przeważającej większości u dzieci rozpoznawane są urazy przypadkowe, wynikające z nieszczęśliwych wypadków. Uraz u dziecka może być także wynikiem celowego działania innej osoby lub osób. W przypadku, kiedy jego sprawcami są rodzice lub najbliżsi członkowie rodziny, możemy się spotkać z próbą ukrywania faktów i utrudnianiem ustalenia prawdziwego przebiegu zdarzenia, którego konsekwencją był uraz u dziecka.

W artykule omówiono postępowanie w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka przemocą fizyczną ze strony członków rodziny. Schemat postępowania musi obejmować dokładny wywiad i badanie przedmiotowe oraz uwzględniać różnicowanie zaobserwowanych nieprawidłowości. W przypadku pojawienia się podejrzenia urazu nieprzypadkowego konieczne jest uzupełnienie wywiadu oraz wykonanie dodatkowych badań. Postępowanie będzie się różniło w zależności od tego, czy powodem wizyty u lekarza jest uraz, czy też objawy doznanego urazu zostaną stwierdzone dopiero w trakcie badania.

W artykule przedstawiono także informacje na temat podejmowanych działań po rozpoznaniu lub podejrzeniu krzywdzenia dziecka w rodzinie. Omówiono zasady wszczynania i prowadzenia procedury „Niebieskiej Karty”.

Summary

A child with trauma may be a patient of the Emergency Department or primary health care. Accidental injuries are diagnosed in the vast majority of paediatric patients. For the vast majority of these children, accidental injuries are recognized as a result of accident. However, an injury in a child may also be caused by another person's intentional behaviour. In cases where the perpetrators are parents or closest family members, we may encounter an attempt to disguise the facts and make it difficult to determine the true course of the incident that has resulted in injury to the child.

The article discusses how to proceed when child abuse by family members is suspected. The treatment plan must include detailed history, physical examination and differential workup. Thorough interview and case study and take into account the differentiation of observed irregularities. In case of a suspected non-accidental injury, even more detailed history should be collected and additional tests performed. The approach should also depend on whether trauma is the reason for visiting the doctor, or its symptoms are incidentally discovered on examination.

The article also provides information on what measures must be taken once abuse or domestic violence have been confirmed or suspected. The principles of the "Blue Card" procedure have also been discussed.

dziecka (1). Przeważającą większość stanowią urazy przypadkowe, jakkolwiek brak jest dokładnej statystyki. W przypadku doznania przez dziecko urazu fizycznego, rodzice lub opiekunowie zazwyczaj niezwłocznie poszukują pomocy medycznej. Poza nieszczęśliwymi

**Praca wykonana w ramach grantu 501-1-20-19-17.

wypadkami, uraz u dziecka może być wywołany działaniem osoby trzeciej. Może być to inne dziecko lub osoba dorosła. O ile w przypadku krzywdzenia dziecka przez osobę obcą rodzice lub opiekunowie podejmują natychmiastowe działania, zmierzające do odnalezienia i ukarania sprawcy, to w sytuacji, kiedy sprawcami przemocy czy urazu stwierdzanego u dziecka są oni sami, możemy się spotkać z próbą ukrywania faktów i utrudnieniem ustalenia prawdziwego przebiegu zdarzenia.

W artykule omówiono postępowanie w przypadku używania przemocy fizycznej w krzywdzeniu dzieci ze strony członków rodziny.

ROZPOZNANIE

Uwzględnienie możliwości urazu nieprzypadkowego w poszukiwaniu przyczyn urazów u dziecka powinno stanowić element diagnostyki różnicowej. Konieczne jest przeprowadzenie wywiadu i badania lekarskiego, uwzględniających stwierdzone odchylenia, takie jak: widoczne siniaki, podrapania, złamanie (2).

Podejrzenie przemocy wobec dziecka możemy wysunąć na podstawie naszych obserwacji, np. zaobserwowanie przemocy fizycznej lub werbalnej wobec dziecka w poczekalni czy nawet w gabinecie lekarskim. Informacje o krzywdzeniu dziecka możemy uzyskać od innych osób (opiekunów, którzy nie krzywdzą dziecka, w żłobku, przedszkolu, szkole, od bliskich, świadków przemocy, sąsiadów czy wreszcie personelu medycznego) oraz od samego pacjenta. W niektórych sytuacjach o podejrzeniu lub rozpoznaniu decydują pośrednie dane wynikające z wywiadu, badania przedmiotowego i badań pomocniczych.

WYWIAD

Informacje o przemocy możemy uzyskać od pacjenta i od innych osób, ale może się zdarzyć, że będziemy posiadać tylko pośrednie dowody. Trudno jest wytłumaczyć zwłokę w uzyskaniu pomocy medycznej przez rodziców czy podawanie nieprawdopodobnych mechanizmów urazów. Podejrzenie przemocy powinny nasunąć niespójny wywiad lub ewidentne różnice w wywiadach uzyskanych od pacjenta i rodziców/opiekunów dziecka. Są to istotne sygnały alarmowe, które powinny spowodować uwzględnienie przemocy fizycznej wobec dziecka. Inne niepokojące dane to: powtarzające się urazy, zmiany lekarzy, poradni, szpitali, co jest łatwe do zrealizowania w dużych miastach, brak zgody na pełne badanie (rozebranie dziecka) czy nawet hospitalizację (tab. 1).

Przy zbieraniu i dokumentowaniu wywiadu należy wpisywać pełne, dokładne (bez własnej interpretacji) wypowiedzi od wszystkich osób, opatrując je cudzołowami. W przypadku hospitalizacji dziecka, należy dbać o prowadzenie szczegółowych obserwacji lekarskich i pielęgniarskich dotyczących: przeprowadzonych rozmów dziecka w sali chorych z innymi osobami, rozmów z rodzicami lub opiekunami, zachowania pacjenta i osób odwiedzających, a także notować częstość odwiedzin oraz legitymować osoby odwiedzające.

Tab. 1. Objawy alarmowe w wywiadzie u dziecka, u którego podejrzewamy krzywdzenie

<p>Niewytłumaczalna zwłoka w zgłoszeniu się do lekarza. Niespójny wewnętrznie wywiad od rodzica/opiekuna. Różnice w wywiadzie zebranych od rodziców/opiekunów/dziecka. Podawanie nieprawdopodobnych mechanizmów urazów. Brak zgody na pełne badanie/rozebranie dziecka. Powtarzające się urazy w wywiadzie. Brak jakiejkolwiek dokumentacji medycznej. Brak realizacji zaleceń lekarskich. Pozostawianie dziecka bez opieki. Leczenie z daleka od miejsca zamieszkania. Częste zmiany lekarzy/poradni/szpitali.</p>

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Niezależnie od tego, czy w wywiadzie uzyskamy informacje świadczące o możliwości występowania przemocy wobec dziecka, to badanie przedmiotowe może dostarczyć istotnych informacji. W trakcie badania poszukujemy objawów mogących świadczyć o nieprzypadkowym doznaniu urazu. Bardzo ważne jest szczegółowe opisanie przebiegu badania, zwłaszcza w przypadku znalezienia obrażeń fizycznych (ich wygląd, umiejscowienie). Nawet jeżeli badający lekarz nie będzie w stanie ich zinterpretować, to powołany biegły, na podstawie zapisanych w dokumentacji medycznej informacji, wyda odpowiednią opinię. Ważne są też informacje o braku śladów obrażeń (np. opis „skóra bez zmian patologicznych”). Niezwykle cennym materiałem dowodowym jest dokumentacja fotograficzna, chociaż jej wykonanie czasem budzi niepokój, a interpretacje prawne są w tym względzie niejasne. Na wykonanie dokumentacji fotograficznej musimy mieć zgodę rodziców, opiekunów prawnych, co w praktyce jest możliwe do uzyskania jedynie od osoby, która nie krzywdzi dziecka. Dokumentacja fotograficzna musi być opisana w dokumentacji medycznej. W przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie, w trakcie badania przedmiotowego dziecka należy dopytać o okoliczności powstania urazów, które nie były wcześniej zgłaszane, nie były przyczyną zgłoszenia się do lekarza. Niezwykle ważna jest ocena, czy uraz mógł powstać przypadkowo. Konieczna jest też ocena stanu psychicznego dziecka, u którego podejrzewamy krzywdzenie (tab. 2).

Tab. 2. Ocena stanu psychicznego dziecka, u którego podejrzewamy krzywdzenie

<p>Lęk dziecka przed powrotem do domu. Brak zachowań społecznych lub nieodpowiednie zachowania społeczne. Lęk dziecka przed bliskością (dotknięciem, przytulaniem). Obniżona samoocena. Zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi. Zachowania destrukcyjne lub autodestrukcyjne. Nadmierna agresywność lub nadmierna apatia. Dolegliwości psychosomatyczne. Nadmierne podporządkowanie się poleceniom dorosłych. Depresja i stany lękowe. Tiki, zaburzenia mowy.</p>
--

URAZY NIEPRZYPADKOWE

Obrażenia, ich wygląd i lokalizacja, które w sposób oczywisty powinny zaniepokoić lekarza podczas

badania pacjenta, mogą wskazywać na rodzaj zastosowanego narzędzia (ślady kłamry do paska, odcisk buta, oparzenie od papierosa). Lokalizacja urazów może również budzić wątpliwości. W przypadku, kiedy dziecko przewraca się lub uderza, obrażenia będą zlokalizowane głównie na zewnętrznych powierzchniach kończyn. Ich brak w połączeniu z obszernymi urazami tułowia może wskazywać na brak możliwości bronienia się dziecka przed urazem (na przykład w wyniku przytrzymania rąk przez sprawcę). Również mechanizmy powstania urazu podane w wywiadzie mogą nie odpowiadać rozległości oraz charakterowi urazów.

Występowanie złamań trzonów kości długich u niemowląt powinno zawsze budzić niepokój. Typowym miejscem uszkodzenia są przynasady kości długich, poniżej chrząstki wzrostowej, które często są klinicznie nieme, goją się bez wytwarzania kostniny i mogą być niezauważone.

Następstwem urazów nieprzypadkowych mogą być również złamania żeber w ich odcinkach tylnych i bocznych, wynikające z silnego uciskania klatki piersiowej. Mogą one występować jako element tzw. zespołu dziecka potrząsanego, w którym obserwowane są także uszkodzenia w obrębie ośrodkowego układu nerwowego i narządu wzroku. Charakterystyczne dla urazów nieprzypadkowych są mnogie uszkodzenia struktur kostnych u dziecka, współistniejące z innymi obrażeniami na różnym etapie gojenia.

Szczególnym rodzajem obrażeń, które prawie jednoznacznie wskazują na celowe krzywdzenie dziecka, są tzw. oparzenia rękawiczkowe lub skarpetkowe. Powstają one, gdy kończyna dziecka jest na dłuższy czas zanurzona w gorącym płynie. Granica oparzenia jest równa (przypomina obraz skarpetki lub rękawiczki) i brak jest śladów oparzenia w innych miejscach. Przy oparzeniu przypadkowym granica oparzenia jest nierówna, poszarpana, bowiem wynika z odruchowego wycofania kończyny.

Przykłady urazów nieprzypadkowych zebrano w tabeli 3.

Tab. 3. Rodzaje urazów nieprzypadkowych

<p>Uraz niemożliwy u dziecka w danym wieku. Mnogie urazy, w różnych fazach gojenia. Ślady zastosowanego narzędzia (sznur, kłamra do paska, żelazko itp.). Oparzenia punktowe (papierosy). Linijna granica oparzeń („rękawiczkowe” i „skarpetkowe”). Ślady urazów, które nie były podane w wywiadzie.</p>

BADANIA DODATKOWE

Niejednokrotnie dopiero po wykonaniu badań dodatkowych można podejrzewać, że dziecko padło ofiarą przemocy. Dobrym przykładem takiej sytuacji jest stwierdzenie śladów po złamaniu żeber na zdjęciu rentgenowskim klatki piersiowej wykonywanym z zupełnie innego powodu.

W przypadku dziecka potrząsanego, w badaniu dna oka można uwidocznic wylewy do siatkówki, a badaniem obrazowym ośrodkowego układu nerwowego – uszkodzenia w jego obrębie.

POSTĘPOWANIE PO ROZPOZNANIU LUB PODEJRZENIU PRZEMOCY

W przypadku podejrzenia lub rozpoznania przemocy wobec dziecka należy podjąć działania adekwatne do obserwowanej sytuacji. Zawsze powinniśmy poinformować o naszych podejrzeniach rodziców lub opiekunów prawnych dziecka. Od ich reakcji mogą zależeć nasze dalsze działania.

W sytuacji, kiedy przemoc fizyczna była bezpośrednią przyczyną powstania obrażeń u dziecka (a zwłaszcza jeżeli z tego powodu dziecko wymagało hospitalizacji), należy niezwłocznie zawiadomić policję lub prokuraturę o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Może to umożliwić ujęcie sprawcy oraz zabezpieczenie dowodów popełnionego przestępstwa. W okolicznościach, które pozwalają nam na spokojniejsze działania, możemy takiego zawiadomienia dokonać w późniejszym okresie, dbając jednak o zapewnienie bezpieczeństwa dziecku i pamiętając o udokumentowaniu dowodów przestępstwa.

W niektórych przypadkach może brakować jednoznacznych dowodów popełnionego przestępstwa, dlatego zawiadamianie policji czy prokuratury może być bezcelowe, bowiem sprawa zostanie szybko umorzona z powodu braku dowodów. Stanowić to może dodatkowy czynnik wzmacniający sprawcę, który zostanie utwierdzony w swoim poczuciu bezkarności.

Wreszcie, w wielu sprawach krzywdzenie fizyczne dziecka może wynikać z braku umiejętności wychowawczych i poczucia własnej bezradności rodzica wobec trudnego zadania, jakim jest sprawowanie opieki nad dzieckiem.

W tych sytuacjach może być pomocne wszczęcie procedury „Niebieskiej Karty”, w toku której zostaną wyjaśnione powstałe wątpliwości. Uruchomienie procedury następuje niezależnie od decyzji o zawiadomieniu organów ścigania (3).

PROCEDURA „NIEBIESKA KARTA”

Zespoły Interdyscyplinarne podejmują działania w szczególności w oparciu o procedurę „Niebieskie Karty”, która została wymieniona w artykule 9d Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Procedura ta obejmuje ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty i ochrony zdrowia, w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 roku określiło szczegółowo procedurę „Niebieskiej Karty” oraz wzory używanych w niej formularzy.

Wszczęcie procedury następuje przez wypełnienie formularza „Niebieska Karta A”, który stanowi załącznik do rozporządzenia. W przypadku dzieci jego wypełnienie powinno nastąpić w obecności rodzica. Może być również przeprowadzone przy udziale innej osoby bliskiej, a nawet, w uzasadnionych przypadkach, opiekuna faktycznego (jest to ważne, gdy podejrzewamy

rodziców o stosowanie przemocy wobec dziecka). Należy podać wszelkie konieczne dane zgodnie z konstrukcją formularza (nie obowiązuje tu tajemnica lekarska, ale podajemy wyłącznie dane, które mogą mieć znaczenie w prowadzonej procedurze). Dopuszczalne jest pozostawienie pustych miejsc w przypadku braku informacji, jak również uzupełnienie formularza o własną notatkę.

Po wypełnieniu „Niebieskiej Karty A” przekazujemy osobie pokrzywdzonej (lub opiekunowi) formularz „Niebieska Karta B”, który zawiera ważne dla niej informacje prawne i praktyczne. Wypełnioną Kartę A kopiujemy, a oryginał dostarczamy w ciągu 7 dni do Przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka (gmina lub dzielnica w przypadku Warszawy).

Ważne jest, że samo wypełnienie formularza nie zdejmuje z lekarza innych obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów. Nadal należy rozważyć konieczność zapewnienia bezpieczeństwa dziecku, a w tym celu może być nieuniknione zawiadomienie policji lub prokuratury oraz sądu rodzinnego. „Niebieska Karta” jest jedynie narzędziem, które służy do integracji działania odpowiednich osób i instytucji. Analogicznie, wszczęcie postępowania karnego nie zwalnia z konieczności wypełnienia „Niebieskiej Karty”.

ZESPOŁY INTERDYSCYPLINARNE

Nowelizacja Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (art. 9a) wprowadziła także możliwość tworzenia Zespołów Interdyscyplinarnych. Zespoły tworzone przez gminy mają koordynować działania w obszarze pomocy osobom dotkniętym przemocą domową oraz zapobiegania tej przemocy. Możliwe jest również tworzenie grup roboczych w celu rozwiązywania problemów związanych z wystąpieniem przemocy w rodzinie w indywidualnych przypadkach. W skład Zespołów Interdyscyplinarnych i grup roboczych wchodzi przedstawiciele: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty, ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych, kuratorzy sądowi oraz przedstawiciele innych podmiotów działających na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Lekarz może być członkiem zespołu. Może również działać w ramach grupy roboczej, a także zainicjować jej powstanie. Wymiana informacji w ramach powołanej grupy może pomóc przede wszystkim w przypadkach wątpliwych, kiedy wahamy się przed zawiadomieniem organów ścigania. Pełny wgląd w sytuację rodziny może pogłębić podejrzenie lub też przyczynić się do jego wycofania. Osoby biorące udział w spotkaniu Zespołu Interdyscyplinarnego mogą również, w ramach własnych kompetencji, podjąć odpowiednie działania profilaktyczne, takie jak rozmowy i mediacje z partnerami (wyłącznie w przypadku konfliktu – nie prowadzi się mediacji w przypadku przemocy w rodzinie) i osobami trzecimi (rodzicami, dziećmi, kuzynami, bliskim otoczeniem). Niejednokrotnie te rozmowy

pozwalają na uświadomienie problemu oraz mogą być pierwszym krokiem do poprawy sytuacji. Często wsparcie rodziny poprzez odpowiednio ukierunkowaną pomoc społeczną oraz edukację (np. warsztaty umiejętności wychowawczych) zapobiega wystąpieniu aktów przemocy czy też zaniedbania dzieci.

Kontakt lekarza (i każdego innego pracownika ochrony zdrowia) z Zespołem Interdyscyplinarnym, poza oczywistym zwiększeniem jego wiedzy i możliwości uzyskania pomocy, stanowi również niezaprzeczalne źródło pozytywnego wzmocnienia – z jednej strony poprzez uzyskiwanie informacji o skuteczności przeprowadzonych działań (co potwierdza słuszność podejmowanych decyzji), a z drugiej przez psychiczne wsparcie związane z działaniem w grupie osób zaangażowanych w pomoc dziecku krzywdzonemu.

Zespoły Interdyscyplinarne zostały utworzone w prawie każdej gminie w Polsce (w przypadku Warszawy – w każdej dzielnicy). Ich obsługę techniczną i organizacyjną zapewniają Ośrodki Pomocy Społecznej.

TAJEMNICA LEKARSKA

Naruszenie tajemnicy zawodowej może nastąpić w oparciu o:

1. Art. 40 ust. 2 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:

- a) tak stanowią ustawy,
- b) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji. Wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje,
- c) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
- d) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia, (...) ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie.

2. Art. 25 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić: gdy pacjent wyrazi zgodę, jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób oraz jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.

3. Art. 27.

Lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.

PODSUMOWANIE

W przypadku dziecka krzywdzonego, pracownik ochrony zdrowia często może być pierwszą i jedyłą osobą, która stwierdza lub podejrzewa przemoc w rodzinie. Bardzo ważna jest zatem znajomość zarówno objawów, które mogą takie rozpoznanie

sugerować, jak też procedur stworzonych w celu udzielenia skutecznej pomocy. Nawiązując kontakt z dzieckiem doświadczającym przemocy w rodzinie, lekarz poza działaniem terapeutycznym (medycznym) obowiązany jest zapewnić mu skuteczną ochronę. Konieczność przestrzegania prawa łączy się u lekarza z moralnym obowiązkiem interweniowania w każdym przypadku krzywdzenia dziecka lub nawet kiedy występuje zagrożenie krzywdzeniem. Należy tu poszukiwać wsparcia innych osób i instytucji.

Pomocą w postępowaniu w przypadkach podejrzenia krzywdzenia dziecka pomocą w rodzinie mogą być powołane ustawowo Zespoły Interdyscyplinarne. Dotychczasowe dane wskazują, że ich wykorzystanie przez pracowników ochrony zdrowia jest znikome.

Warto również wykorzystać istniejące już narzędzia w postaci algorytmów postępowania w przypadkach rozpoznania lub podejrzenia przemocy w rodzinie (4).

PIŚMIENNICTWO

1. Malinowska-Cieślak M, Balcerzak B, Mokrzycka A et al.: Ocena prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci i nastolatków w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2012; 10(2): 80-94.
2. Hartmann P, Jackowska T: Rola lekarza w udzielaniu pomocy dziecku krzywdzonemu – aspekty prawne. *Pediatr Pol* 2012; 87(4): 368-373.
3. Hartmann P, Jackowska T: Postępowanie medyczno-prawne w przypadku podejrzenia występowania przemocy w rodzinie. *Post N Med* 2014; 27(10B): 28-32.
4. Hartmann P, Jackowska T: Algorytmy postępowania w przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie wobec dziecka. *Klin Pediatr* 2016; 24: 7084-7086.
5. Nauman E: Obowiązek zgłaszania przemocy wobec dziecka. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2007; 2(19): 59-61.

AKTY PRAWNE

1. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie – z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz. U. z 2005 r., Nr 180, poz. 1493; Dz. U. z 2009 r., Nr 209, poz. 1589; Dz. U. z 2010 r., Nr 28, poz. 146 i Nr 125, poz. 842).

2. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty – z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. z 2005 r., Nr 226, poz. 1943; z 2006 r., Nr 117, poz. 790, Nr 191, poz. 1410 i Nr 220, poz. 1600).
3. Kodeks karny – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. z dnia 2 sierpnia 1997 r. z późniejszymi zmianami).
4. Kodeks postępowania karnego – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U., Nr 98, poz. 555 z późniejszymi zmianami).
5. Kodeks postępowania cywilnego – Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. (Dz. U., Nr 43, poz. 296 z późniejszymi zmianami).
6. Ustawa o ochronie danych osobowych – z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r., Nr 133, poz. 883; Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, Nr 153, poz. 1271, z 2004 r., Nr 25, poz. 219, Nr 33, poz. 285, z 2006 r., Nr 104, poz. 708 i 711, z 2007 r., Nr 165, poz. 1170, Nr 176, poz. 1238).
7. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 roku w sprawie procedury „Niebieskiej Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz. U. z 2011 r., Nr 209, poz. 1245).

otrzymano/received: 07.08.2017
zaakceptowano/accepted: 30.08.2017