



## EINLADUNG ZUR TEILNAHME AN EINER STUDIE IM RAHMEN EINER MASTERARBEIT

### WORUM GEHT ES?

Wir möchten wissen, welche Faktoren die Entscheidung des Patienten beeinflussen eine ketogene Diät (oder LCHF, Paleo, LOGI, Atkins) durchzuführen, welche Faktoren die Umsetzbarkeit beeinflussen und welche Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, um die Patienten so gut wie möglich bei der Umsetzung zu unterstützen.

### WIE IST DER ABLAUF DER STUDIE?

Sie erhalten von uns einen Link zu einem online Fragebogen oder alternativ können Sie den Fragebogen auch als PDF (zum selber ausdrucken) herunterladen. Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 30 – 40 Minuten in Anspruch nehmen. Sollten Sie sich für die offline Variante entschieden haben, dann können Sie den ausgefüllten Fragebogen an folgende e-Mail Adresse schicken: [julia.tulipan@gmail.com](mailto:julia.tulipan@gmail.com) oder per Post an folgende Adresse: Mag. Julia Tulipan, Praterstrasse 66/4/41, 1020 Wien, Österreich.

### WER KANN TEILNEHMEN

Sie können an dieser Studie teilnehmen, wenn Sie aktuell eine Krebserkrankung haben oder in der Vergangenheit eine Krebserkrankung hatten und sich nach einer der folgenden Diäten aktuell ernähren, oder sich während der Erkrankung danach ernährt haben: Paleo, LOGI, LCHF (Low Carb High Fat), LowCarb, Atkins oder ketogene Diät. Sie können auch teilnehmen, wenn Sie sich nur kurze Zeit nach einer der genannten Diätformen ernährt haben.

### GIBT ES RISIKEN?

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine Risiken verbunden. Sie gehen keinerlei Verpflichtungen ein und es entstehen für Sie keine Kosten.



## DATENSCHUTZ?

Alle personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Untersuchungen gesammelt werden, werden vertraulich behandelt und sind nur für das Studienteam, das unter Schweigepflicht steht, zugänglich. Die Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert, bearbeitet und ausgewertet. Dazu erhalten die Teilnehmer jeweils eine Nummer, unter der ihre Daten abgelegt werden. Die Bearbeitung, Speicherung und Auswertung erfolgt ohne Namensnennung. Die Teilnahme kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für Sie widerrufen werden.



# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DIE TEILNAHME AN DER STUDIE IM RAHMEN EINER MASTERARBEIT

Bitte füllen Sie die Einverständniserklärung aus und unterschreiben Sie diese.

Vor- und Nachname (Teilnehmer)

---

Die Ziele und die Durchführung der Studie wurden mir erklärt. Die schriftlichen Studieninformationen habe ich erhalten und gelesen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet und ich habe verstanden, was die bedeutet.

Ich bin darüber unterrichtet, dass ich die Teilnahme jederzeit ohne Nennung von Gründen widerrufen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form gespeichert werden. Es wird gewährleistet, dass nur die zur wissenschaftlichen Auswertung der Studie berechtigten Personen Einsicht in die gespeicherten Daten erhalten und dass auch die wissenschaftliche Auswertung auf Basis pseudonymisierter Daten erfolgen wird.

Bei der Veröffentlichung der Ergebnisse in einer wissenschaftlichen Zeitschrift oder einem anderen Medium wird aus den Daten nicht hervorgehen, wer an der Untersuchung teilgenommen hat. Meine persönlichen Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz.

**Ich habe die Zielsetzung der Studie verstanden und bin damit einverstanden, dass meine Angaben im Rahmen der Studie genutzt werden.**



---

---

Ort                      Datum                      Unterschrift

## HERZLICHEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen. Ohne Ihre Unterstützung wäre diese Studie nicht möglich. Sie leisten damit einen großen Beitrag für die Wissenschaft. Wenn Sie möchten, können Sie uns in nachstehenden Textfeld eine persönliche Nachricht hinterlassen.

1. Geburtsjahr:  (JJJJ)

2. Geschlecht

- Männlich
- Weiblich
- anders

### DATEN ZUR ERKRANKUNG

3. Datum der Diagnose:  (TT/MM/JJJJ)

4. Tumor Typ:

---

5. Tumor Stage (zum Zeitpunkt der Diagnose):

---

6. In welchem Organ bzw. in welcher Körperregion befand/befindet sich der Tumor?

---

7. Hat der Tumor bei der Erstdiagnose bereits Metastasen gebildet?

- Ja
- Nein

8. Ist/war der Tumor PET positiv?

- Ja
- Nein
- Ich habe keinen PET-Scan.

9. In welchem Status der Therapie (Chemo, Bestrahlung, etc.) befinden Sie sich zurzeit?

- Ich habe gerade erst mit der Therapie begonnen.
- Ich befinde mich gerade mitten in der ersten Behandlungsserie oder bin gerade damit fertig geworden.
- Ich habe schon mehr als einen Behandlungszyklus absolviert.
- Ich bin schon seit mehr als einem halben Jahr mit der Therapie fertig.
- Ich bin schon seit mehr als 1 Jahr mit der Therapie fertig.

10. Welche Therapien werden/wurden gemacht?

(Chemotherapie, Strahlentherapie, Biologica, etc.)

---

---

---

---

11. Welche Chemotherapeutika erhalten Sie oder haben Sie erhalten?

---

---

---

---

12. Wie viele Behandlungszyklen wurden bei Ihnen durchgeführt?

---

---

---

---

13. Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein, oder haben Sie während der Therapie eingenommen? Wie lange haben Sie diese eingenommen?

---

---

---

---

14. Wurde im Zuge der Krebserkrankung auch ein operativer Eingriff durchgeführt?

- Ja  
 Nein

Wenn ja – welcher?

---

---

---

---

15. Nehmen/nahmen Sie Nahrungsergänzungsmittel?

- Ja  
 Nein

Wenn ja – welche?

---

---

---

---

16. Haben Sie ein oder mehrere chronische oder lange andauernde Erkrankungen?

*Chronische Krankheiten sind lange andauernde Erkrankungen, die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen, z.B. Diabetes, Autoimmunerkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.*

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Wenn ja – welche?

---

---

---

---

17. Wie haben Sie davon erfahren, dass eine Ernährungsumstellung möglicherweise hilfreich sein kann?

- Zeitungsartikel
  - Beitrag im Fernsehen
  - Artikel im Internet
  - Freunde/ Familie/ Bekannte haben mich darauf aufmerksam gemacht
  - Buch
  - Ich kann mich nicht erinnern.
  - Anderes: \_\_\_\_\_
- 

18. Für welche Ernährungsform haben Sie sich während der Krebstherapie entschieden?

- Ketogene Ernährung
- Paleo Ernährung
- Atkins
- LCHF
- LowCarb (LOGI)
- Andere: \_\_\_\_\_

19. Wie haben Sie von der, in Frage 17 genannten, Ernährungsform erfahren?

*Zeitungsartikel, Fernsehbeitrag, Internet, Freunde oder Bekannte, Bücher, etc.*

---

---

20. Haben Sie während der Krebstherapie Ihre Kalorien bewusst eingeschränkt oder schränken Sie die Kalorien aktuell bewusst ein?

- Ja
- Nein



21. Wie ernähren Sie sich jetzt?

*Auch wenn Sie zwischen verschiedenen hier aufgezählten Ernährungsweisen wechseln, wählen Sie jene aus, die Sie hauptsächlich umsetzen.*

- Paleo Ernährung
  - Ketogene Ernährung
  - Atkins
  - LCHF
  - LowCarb (LOGI)
  - Eine andere Ernährungsform:
- 

22. Wann haben Sie mit der Ernährungsumstellung begonnen?

- Gleich nach der Diagnose
- Während der ersten Woche der Therapie
- Einige Monate nach Beginn der Therapie
- Nach Abschluss der Therapie
- Ich kann mich nicht erinnern

23. Wie lange haben Sie die Diät durchgeführt?

- Weniger als ein Monat
- 1-2 Monate
- 2-3 Monate
- 3-5 Monate
- länger als 5 Monate
- länger als 1 Jahr
- eigene Angabe: \_\_\_\_\_

24. Haben Sie Ketonkörper gemessen?

- Ja
- Nein

25. Wenn ja, wo haben Sie die Ketonkörper gemessen?

- Harn                       Blut                       Atem

26. Aus welchen Gründen haben Sie sich entschieden die Diät nicht weiter zu führen?

*Nur ausfüllen, wenn dies für Sie zutrifft.*

---

---

---

---

---

---

---

---

27. Wie schwer war es/ist es die Ernährung, für die Sie sich während der Krebstherapie entschieden haben, umzusetzen?

---

---

---

---

---

28. Wie schwer ist es Ihrer Meinung nach die Ernährung langfristig umzusetzen? (länger als 3 Monate)

---

---

29. Kochen Sie gerne?

- Ja
- Nein

30. Wie schwer war es/ist es passende Rezepte zu finden?

- sehr leicht
- ziemlich leicht
- schwer
- sehr schwer
- kann ich nicht sagen.

31. Wie schwer war es/ist es passende Zutaten bzw. Lebensmittel zu finden?

- sehr leicht
- ziemlich leicht
- schwer
- sehr schwer
- kann ich nicht sagen.

32. Würden Sie sich mehr Fertigprodukte wünschen, die es leichter machen der Diät zu folgen?

- Ja
- Nein
- habe keine Meinung dazu.

33. Welche Fertigprodukte würden Sie sich wünschen?

---

---

---

---

34. Führen Sie oder führten Sie ein Ernährungstagebuch?

- Ja
- Nein

## FRAGEN ZU BETREUUNG

35. Haben Sie Unterstützung von Diätberatern hinsichtlich der Ernährungsumstellung erfahren?

- Ja
- Nein
- ich kann mich nicht erinnern.

36. Wenn Sie Beratung erhalten haben. Wie oft hat eine Ernährungsberatung stattgefunden?

- 1x
- 2-5 x
- >5x

37. Wenn Sie keine Beratung erhalten haben. Hätten Sie sich eine Beratung gewünscht?

- Ja
- Nein
- ich habe dazu keine Meinung.

38. Wo und wie haben Sie sich über die Diät informiert?

- Bücher
- Vorträge und Seminare
- Facebook Gruppen
- Blogs und Webseiten
- Internet Foren
- Andere: \_\_\_\_\_

39. Können Sie sich noch erinnern, welche Informationsquelle Ihnen da besonders geholfen hat?

*Bitte schreiben Sie die Bücher, Internetseiten, Autoren oder Blogger auf, die Ihnen geholfen haben, Informationen über die Diät zu finden.*

---

---

---

---

---

---

40. Wie hat Ihre Familie/ Ihr soziales Umfeld auf die Ernährungsumstellung reagiert?

- neutral
- ablehnend
- ermutigend
- ich kann mich nicht erinnern.

41. Wie hat Ihr behandelnde Onkologe reagiert?

- neutral
- ablehnend
- ermutigend
- ich habe meinem Onkologen nicht von der Ernährungsumstellung erzählt.

42. Wie hat Ihr Hausarzt auf die Ernährungsumstellung reagiert?

- neutral
- ablehnend
- ermutigend
- ich habe meinem Hausarzt nicht von der Ernährungsumstellung erzählt.

43. Wie ist der aktuelle Status Ihrer Krebserkrankung?

---

---

## LEBENSQUALITÄT

44. In welchem Ausmaß sind/waren Sie durch die Chemotherapie in der Ausübung Ihrer alltäglichen Tätigkeiten eingeschränkt?

- Erheblich eingeschränkt.
- Eingeschränkt, aber nicht erheblich.
- Nicht eingeschränkt.
- Weiß ich nicht.

45. Haben sich die Nebenwirkungen durch die Diät verändert?

- Ja
- Nein
- Kann mich nicht erinnern

46. In welche Richtung haben sich die Nebenwirkungen verändert?

- Nebenwirkungen haben sich verbessert.
- Nebenwirkungen haben sich verschlechtert.
- ich kann mich nicht genau erinnern.

47. Ich habe mich durch die Ernährungsumstellung:

- Kräftiger gefühlt.
- Schwächer gefühlt.
- Unverändert gefühlt.

48. Welche Tätigkeiten sind Ihnen nach Beginn der Diät leichter gefallen?

---

---

---

49. Welche Tätigkeiten sind Ihnen nach Beginn der Diät schwerer gefallen?

---

---

---

50. Wie war Ihr Gewicht zu Beginn der Krebserkrankung?

- untergewichtig
- normalgewichtig
- leichtes Übergewicht
- Adipositas

51. Wie hat sich Ihr Gewicht während der Therapie verändert?

- Mein Gewicht hat sich nicht verändert.
- Ich habe kaum Gewicht verloren.
- Ich habe etwas Gewicht verloren.
- Ich habe sehr stark an Gewicht verloren.

52. Hat sich Ihr Gewicht durch die Ernährungsumstellung verändert?

- Mein Gewicht hat sich nicht verändert.
- Ich habe kaum Gewicht verloren.
- Ich habe etwas Gewicht verloren.
- Ich habe stark an Gewicht verloren.

53. Mein Arzt hat gesagt, mein Gewicht wird sich therapiebedingt:

- Nicht verändern.
- Vermutlich ansteigen.
- Vermutlich sinken.
- Ich kann mich nicht erinnern.

## ANGABEN ZUR PERSON

54. Welchen höchsten allgemeinbildenden oder berufsbildenden Schulabschluss bzw. Hochschulabschluss haben Sie?

---

55. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

- Vollzeit erwerbstätig
- Teilzeit erwerbstätig
- Geringfügig beschäftigt
- Vorübergehend freigestellt
- Nicht erwerbstätig

56. Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche?

---

57. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt (inkl. Sie selbst)?

- Ich lebe alleine
- 2
- 3
- 4
- Mehr als 4 Personen

58. Welchen Familienstand haben Sie?

- Verheiratet, mit Ehepartner/in oder mit Partner/in fest zusammenlebend
- Verheiratet, vom Ehepartner/in getrennt lebend
- ledig
- geschieden
- verwitwet

## FRAGEN ZU IHREN ESSGEWOHNHEITEN



59. Wie häufig nehmen Sie folgende Mahlzeiten zu sich

	<b>täglich</b>	<b>Oft, 4-6 mal pro Woche</b>	<b>Gelegentlich, 2-3 mal pro Woche</b>	<b>Selten, 1-4 mal pro Monat</b>	<b>Nie</b>
<b>Frühstück</b>					
<b>Zwischenmahlzeiten/ Snacks</b>					
<b>Mittagessen</b>					
<b>Kaffee und Kuchen</b>					
<b>Abendessen</b>					

60. Wie häufig trinken Sie folgende Getränke

	<b>täglich</b>	<b>Oft, 4-6 mal pro Woche</b>	<b>Gelegentlich, 2-3 mal pro Woche</b>	<b>Selten, 1-4 mal pro Monat</b>	<b>Nie</b>
<b>Kaffee</b>					
<b>Tee</b>					
<b>Fruchtsäfte</b>					
<b>Softdrinks</b>					
<b>Wein</b>					
<b>Bier</b>					
<b>Mineralwasser</b>					

61. Wie häufig nehmen Sie folgende Speisen zu sich?

*Die Frage nach Brot, Gebäck und Süßigkeiten bezieht sich auf konventionelle Produkte und NICHT auf low-carb Lebensmittel.*

	<b>täglich</b>	<b>Oft, 4-6 mal pro Woche</b>	<b>Gelegentlich, 2-3 mal pro Woche</b>	<b>Selten, 1-4 mal pro Monat</b>	<b>Nie</b>
<b>Salat</b>					
<b>Gemüse</b>					
<b>Obst</b>					
<b>Eier</b>					
<b>Brot/ Brötchen</b>					
<b>Nudeln, Reis, Knödel oder Kartoffeln</b>					
<b>Fleisch</b>					
<b>Fisch</b>					
<b>Wurst</b>					
<b>Milchprodukte (z.B.: Milch, Jogurt, Käse, Sahne)</b>					
<b>Nüsse</b>					
<b>Süßigkeiten (z.B. Kuchen, Kekse, Schokolade, Gummibärli etc.)</b>					

<b>Fertiggerichte</b>					
-----------------------	--	--	--	--	--

62. Verwenden Sie Süßstoffe?

- Ja, täglich
- Ja, manchmal
- Selten
- Nie

63. Welche Süßstoffe nutzen Sie?

*Bitte listen Sie alle Süßstoffe und Zuckeraustauschstoffe die Sie verwenden auf. Auch wenn Sie sie nur selten verwenden. Sie können auch den Markennamen des Produktes nennen, das Sie verwenden.*

---

---

---

---

---

64. Wie sehr haben Ihnen vor Beginn der Diät folgende Speisen geschmeckt?

Fette Speisen (z.B. Schweinsbraten, Speck, Wurstprodukte, Frittiertes, Schweinschmalz, etc.)

- Sehr gut
- Gut
- Etwas
- Gar nicht

Fette Saucen

(z.B. Mayonnaise, Sauce Hollandaise, Creme Fraiche, Rahmsaucen, etc.)

- Sehr gut
- Gut
- Etwas
- Gar nicht

Milchprodukte und Speisen mit Sahne

(z.B. Käse, Butter, Sahnesauce, Sahne, Mascarpone, etc.)

- Sehr gut
- Gut
- Etwas



- Gar nicht

Kuchen, Desserts, Schokolade und andere Süßigkeiten

- Sehr gut
- Gut
- Etwas
- Gar nicht

Brot, Brötchen, Gebäck

- Sehr gut
- Gut
- Etwas
- Gar nicht



Fleisch und Fisch

- Sehr gut
- Gut
- Etwas
- Gar nicht

## DÜRFEN WIR SIE KONTAKTIEREN?

Wären Sie damit einverstanden, dass wir Sie für eine weiterführende Studie kontaktieren?

- Ja

Bitte tragen Sie hier Ihre E-Mail Adresse ein (in BLOCKBUCHSTABEN):

---

Haben wir eine Frage vergessen?

---

---

---

---

---