

Liebe Carnivorin, lieber Carnivore!

Um die Carnivore Ernährung mehr ins Bewusstsein der Mediziner und Wissenschaftler zu bringen, möchten wir gerne eine Studie zu der Carnivoren Ernährung im deutschsprachigen Raum und ihren Einfluss auf die Blutwerte durchführen.

Teilnehmen können alle, die sich seit mindestens einem Monat carnivore ernähren und mindestens zwei Blutbilder haben, die repräsentativ sind für die Carnivore-Phase und die Zeit vor der Umstellung. Das heißt, wir benötigen mindestens ein Blutergebnis von vor der Carnivoren Ernährung und ein Blutergebnis während der Carnivoren Ernährung.

Die Daten sollten mindestens ein kleines Blutbild umfassen, idealerweise aber noch mehr. Sie werden selbstverständlich anonymisiert behandelt. Die Befunde sollten aber gescannt sein, um sie verifizieren zu können.

Zusätzlich sollte der untere Fragebogen und die Einverständniserklärung am Ende ausgefüllt werden.

Die Blutwerte, den ausgefüllten Fragebogen und die Einverständniserklärung senden Sie dann bitte an rainer.klement@gmx.de. Falls Sie noch Ernährungsprotokolle oder weitere Informationen haben können Sie diese auch gerne mitschicken.

Für die Mithilfe bei der Studie bedanken wir uns schon einmal ganz herzlich!

Rainer Klement und Andrea Simoneit

Fragebogen Carnivore-Studie

Name:

Alter: Jahre

Geschlecht: männlich weiblich

Größe: cm Gewicht: kg

Raucher: ja (aktuell) ja (ehemals) nein

Von einem Arzt oder Heilpraktiker festgestellte Diagnosen:

.....
.....
.....

1. Seit wann folgen Sie der Carnivoren Ernährung in ihrer jetzigen Form?

..... Monate

2. Aus welchem Hauptgrund haben Sie Ihre Ernährung auf Carnivore umgestellt? (**nur eine Antwort**)

- Um meine Gesundheit zu verbessern/ Körpergewicht zu optimieren
- Aus ethischen Gründen
- Aus Neugierde
- Wegen der Lebensmittelauswahl/ aus geschmacklichen Gründen
- Andere Gründe:

3. Aus welchen gesundheitlichen Gründen sind Sie auf Carnivore umgestiegen?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Um Körpergewicht abzunehmen
- Um die Körperzusammensetzung zu optimieren
- Um „brain fog“ zu verbessern und mehr Energie zu haben
- Um Typ 2 Diabetes in den Griff zu bekommen
- Um bei Typ 1 Diabetes den Blutzucker zu stabilisieren
- Um Arthrose/ Entzündungen/ Gelenkschmerzen zu verbessern
- Um mentale Probleme/ Depression/ Angststörungen/ Burnout zu verbessern
- Um eine Autoimmunerkrankung in den Griff zu bekommen
- Um Verdauungsprobleme in den Griff zu bekommen
- Um Allergien/ Hautprobleme in den Griff zu bekommen
- Andere:

4. Mit welcher der folgenden Ernährungsformen lässt sich Ihre Ernährung vor der Umstellung auf Carnivore am besten beschreiben? (**nur eine Antwort**)

- „Ausgewogen“ Vegan Vegetarisch LOGI/Low Carb
- Ketogen regelmäßiges intermittierendes Fasten
- Paleo Sonstiges.....

5. Mit welcher der folgenden Charakterisierungen lässt sich Ihre Carnivore Ernährung beschreiben? (**Mehrfachnennungen möglich**)

- Raw Carnivore Ketogen
- Mit Milchprodukten Ohne Milchprodukte aber mit Butter
- Mit Innereien Mit Fisch
- Mit Honig Mit Eiern

6. Wieviel Gramm Fleisch + Innereien essen Sie an einem durchschnittlichen Tag?

..... Gramm

7. Wie häufig verzehren Sie die folgenden nicht carnivoren Lebensmittel?

- | | | | | |
|-------------|----------------------------------|--|--|------------------------------|
| Kaffee | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |
| Tee | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |
| Gemüse | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |
| Obst | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |
| Getreide | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |
| Nüsse/Samen | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |
| Kakao | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |
| Gewürze | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |
| Süßstoffe | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |
| Alkohol | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |

8. Wie häufig nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel?

- | | | | | |
|---------------------|----------------------------------|--|--|------------------------------|
| Vitamine | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |
| Mineralstoffe | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |
| Ω-3 Fettsäuren | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |
| Protein/Aminosäuren | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |
| Andere | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ein paarmal pro Woche | <input type="checkbox"/> noch seltener | <input type="checkbox"/> nie |

Was genau nehmen Sie an Nahrungsergänzungsmitteln?

.....
.....

9. Innerhalb der letzten 3 Monate, wie beurteilen Sie die folgenden Kriterien im Vergleich zu der Zeit bevor Sie die Carnivore Ernährung begonnen haben?

- | | | | |
|----------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Gesundheit insgesamt | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Unverändert | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| Energielevel | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Unverändert | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| Kraft | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Unverändert | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| Ausdauer | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Unverändert | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| Fokus | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Unverändert | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| Mentale Klarheit | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Unverändert | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| Gedächtnis | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Unverändert | <input type="checkbox"/> Schlechter |

Schlaf	<input type="checkbox"/> Besser	<input type="checkbox"/> Unverändert	<input type="checkbox"/> Schlechter
Chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Besser	<input type="checkbox"/> Unverändert	<input type="checkbox"/> Schlechter
Hunger/ Gelüste	<input type="checkbox"/> Besser	<input type="checkbox"/> Unverändert	<input type="checkbox"/> Schlechter

10. Wie finden Sie es, die Carnivore Ernährung im Alltag umzusetzen?

Sehr einfach Einfach Neutral Schwierig Sehr schwierig

11. Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

Nein Ja (bitte angeben):

.....

12. Wieviel Stunden Sport machen Sie durchschnittlich pro Woche?

Kein Sport 1-2 Std 3-6 Std 7-9 Std 10-12 Std > 12 Std

13. Welche Sportart(en)?

.....

Einverständniserklärung und Datenschutz

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Weitergabe, Speicherung und Auswertung dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/Krankheitsdaten auf Frage- und Dokumentationsbögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet werden und zu wissenschaftlichen Zwecken nach Anonymisierung ausgewertet werden können.

Name

Datum

Unterschrift